CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

PAU - 1904.

IMPRIMERIE-STÉRÉOTYPIE GARET

J. EMPÉRAUGER, IMPRIMEUR

PAU



CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XIVe SESSION

Tenue à PAU du 1er au 7 Août 1904.

VOLUME II

Publié par le Dr GIRMA, Secrétaire général

COMPTES RENDUS



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1904



PRÉLIMINAIRES

I. — BUREAU DU CONGRÈS

Présidents d'honneur :

MM. le Dr Drouineau, Inspecteur Général de l'Assistance publique, délégué de M. le Ministre de l'Intérieur ;
Gilbert, Préfet des Basses-Pyrénées ;
Faisans, Maire de Pau ;
Garet, Président du Conseil Général des Basses-Pyrénées ;
Dr Francotte, Professeur à l'Université de Liège (Belgique) ;
Dr Maxwell, Avocat-Général, à Bordeaux ;
Dr Crocq, Professeur agrégé à l'Université de Bruxelles, délégué du Gouvernement Belge.

Président :

M. le Dr Brissaud, Professeur de la Faculté de Médecine de Paris.

Vice-Présidents :

MM. les Drs Arnaud, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Vanves, près Paris ;
Noguès, Médecin-Directeur de l'Établissement pour maladies nerveuses, à Toulouse.

Secrétaire Général :

M. le Dr Girma, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Pau (Basses-Pyrénées).

Secrétaires des Séances :

MM. les Drs Masselon, Médecin-Adjoint de l'Asile Public des Aliénés de Pau ;
Coronat, de Lauzerte (Tarn-et-Garonne), ancien interne des Asiles ;
Périès, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Montauban.

II. — MEMBRES ADHÉRENTS [1]

Dr Abadie, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, 3, rue des Trois Conils, Bordeaux (Gironde).
* Dr Andral, rue Henri IV, Pau (Basses-Pyrénées).
* M. André, Docteur en droit, Avocat, 61bis, rue St-Jacques, Douai (Nord).
* Dr Andrieu, 45, rue de la Grande Horloge, Agen (Lot-et-Garonne).
Dr Anglade, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Château-Picon, Bordeaux (Gironde).
Dr Antheaume, Médecin de la Maison Nationale de Charenton, 6, rue Scheffer (Paris).
Dr Archambault, Médecin en Chef du Quartier des Aliénés, Tours (Indre-et-Loire).
* Dr Aris, 20, rue Latapie, Pau (Basses-Pyrénées).
* Dr Arnaud, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Vanves, près Paris.
Dr Audemard, Inspecteur des Maisons Privées, 243, avenue de Saxe, Lyon (Rhône).

1. — Les noms précédés d'un astérisque sont ceux des membres adhérents et associés ayant ssisté au Congrès.

* Dr Ballet, Gilbert, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, 39, rue du Général Foy, Paris.

Dr Ballet, Victor, Médecin de l'Établissement hydrothérapique de Divonne (Ain).

Dr Beco, Professeur de Clinique Médicale, à l'Université, Liège (Belgique).

* Dr Becue, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de Bailleul (Nord).

* Dr Bellat, Directeur de l'Asile des Aliénés de Breuty, par la Couronne (Charente).

* Dr Belletrud, Directeur de l'Asile des Aliénés de Pierrefeu (Var).

Dr Beretta, Henry, 14, rue des Écoles, Paris.

* Dr Berillon, Médecin-Inspecteur des Asiles d'Aliénés, 4, rue Castellanne, Paris.

Dr de Boerk, Professeur de Psychiâtrie à l'Université, 77, rue de la Loi, Bruxelles (Belgique).

Dr Boiteux, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Clermont (Oise).

Dr Bonnier, 166, Faubourg St-Honoré, Paris.

Dr Bories, Villa Régina, Cannet, à Cannes (Alpes-Maritimes).

Dr Bourneville, 14, rue des Carmes, Paris.

Dr Bouyer, fils, Cauterets (Hautes-Pyrénées).

* Dr Brecy, Établissement hydrothérapique du Vésinet (Seine-et-Oise).

Dr Briand, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Villejuif, Paris.

* Dr Briche, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de St-Venant (Pas-de-Calais).

* Dr Brissaud, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Professeur à la Faculté de Médecine, 5, rue Bonaparte, Paris.

* Dr Brousse, Paul, délégué de la Préfecture de la Seine, 81, avenue de Clichy, Paris.

Dr de Buck, Médecin Principal de l'Asile de Froidmont (Belgique).

* Dr Cabannes, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 17, rue Vital-Carles, Bordeaux (Gironde).

* Dr Capgras, Médecin-adjoint à l'Asile des Aliénés de Dury-les-Amiens (Somme).

Dr Carrier, Médecin honoraire des Hôpitaux, 138, route de Vienne, Lyon (Rhône).

* Dr Cestan, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse, Toulouse (Haute-Garonne).

Dr Chabbert, 2, allées Lafayette, Toulouse (Haute-Garonne).

* Dr Chardon, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés d'Armentières (Nord).

Dr Chaumier, 9, rue Sala, Lyon (Rhône).

Dr Chervin, Directeur de l'Institut des Bègues de Paris, 82, avenue Victor Hugo, Paris.

* Dr Chevalier-Lavaure, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés d'Auch (Gers).

Dr Christian, Médecin de la Maison Nationale de Charenton (Seine).

* Dr Claparède, Privat-docent à l'Université de Genève, 11, rue Champel, Genève (Suisse).

Dr Claus, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés, Anvers (Belgique).

* Dr Colin, Médecin de l'Asile des Aliénés de Villejuif, 26, rue Vauquelin, Paris, délégué de la Préfecture de la Seine.

Dr Constensoux, Chef de clinique adjoint à la Salpêtrière, 21, rue de Lisbonne, Paris.

* Dr Corcket, Médecin-adjoint à l'Asile du Bon-Sauveur, Caen (Calvados).

* Dr Coronat, Lauzerte (Tarn-et-Garonne).

Mme de Cossé-Brissac, 1, rue Dupuytren, Paris.

* Dr Coulonjou, Médecin-adjoint à l'Asile des Aliénés d'Alençon (Orne).

* Dr Crocq, Professeur agrégé à l'Université, 27, avenue Palmerston, Bruxelles (Belgique).

* Dr Crouzet, Pau (Basses-Pyrénées).

* Dr Cruchet, ancien Chef de clinique à la Faculté de Médecine, 89, cours Victor Hugo, Bordeaux (Gironde).

* Dr Cullerre, Directeur de l'Asile des Aliénés de la Roche-sur-Yon (Vendée).

* Dr Cuq, 2, rue Mourot, Pau (Basses-Pyrénées).

* Dr Darracq, rue des Cordeliers, Pau (Basses-Pyrénées).

* Dr Deny, Médecin de la Salpêtrière, 18, rue de la Pépinière, Paris.

Dr Deroubaix, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de Froidmont (Belgique).

* Dr Devay, Médecin-Chef de la Maison de Santé de St-Jean-de-Dieu, 30, rue de la République, Lyon (Rhône).

* Dr Dide, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de Rennes (Ile-et-Vilaine).

* Dr Doutrebente, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Blois (Loir-et-Cher).

Dr Duany-Soler, Asile de la Providence, Niort (Deux-Sèvres).

Dr Doyen, La Fère (Aisne).

* Dr Dubourdieu, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Lesvellec, près Vannes (Morbihan).

Dr Dumas, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Bassens (Savoie).

* Dr Dupain, Médecin-Chef des Asiles de la Seine, Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

* Dr Dupré, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 47, rue St-Georges, Paris.

Dr Durante, 32, avenue Rapp, Paris.

Dr Enriquez, 8, avenue de l'Alma, Paris.

* Dr Falret de Tuite, ancien Préfet, villa St-Hugues, Pau (Basses-Pyrénées).

Dr Farez, Paul, Professeur à l'École de Psychologie, 93, rue de Courcelles, Paris.

* Dr Faure, Maurice, ancien Interne des hôpitaux de Paris, à La Malou (Hérault).

Dr Faure, Eugène, 87, cours Henri, Lyon (Rhône).

* Dr Ferré, rue du Lycée, Pau (Basses-Pyrénées).

Dr Fleury-Rebatel, Directeur de la Maison de Santé de Champvert, 77, chemin des Grandes Terres, Lyon (Rhône).

* Dr Fortineau, Médecin-adjoint à la Maison de Santé de Nantes, 67, rue de Rennes, Nantes (Loire-Inférieure).

* Dr Foveau de Courmelles, 26, rue de Châteaudun, Paris.

Dr Francotte, Professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège (Belgique).

* Dr Garcie, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Leyme (Lot).

Dr Garnier, Paul, Médecin-Chef du Dépôt, 16, boulevard Montmartre, Paris.

Dr Garnier, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Dijon (Côte-d'Or).

* Dr Gaye, rue d'Etigny, Pau (Basses-Pyrénées).

Dr Gimbal, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de Prémontré (Aisne).

* Dr Giraud, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de St-Yon, près Rouen (Seine-Inférieure).

* Dr Girma, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de St-Luc, Pau (Basses-Pyrénées).

* Dr Goudard, rue Gambetta, Pau (Basses-Pyrénées).

* Dr Grasset, Professeur à l'Université de Montpellier, rue Jean-Jacques Rousseau, 6, Montpellier (Hérault).

* Dr Guiard, rue des Écoles, Paris.

Dr Guyot, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Châlons-sur-Marne (Marne).

Dr Joffroy, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, 195, boulevard St-Germain, Paris.

* Dr Kéraval, Médecin-Chef de lA'sile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Dr Klippel, Médecin des Hôpitaux, 20, rue de Grenelle, Paris.

Dr Ladame, Professeur à l'Université, Rond-Point de Plaimpalais, 5, Genève (Suisse).

* Dr Lafont, 24, rue Serviez, Pau (Basses-Pyrénées).

Dr Laignel-Lavastine, ex-Interne des Hôpitaux de Paris, 35, rue du Rocher, Paris.

* Dr Lalanne, Médecin-Directeur de la Maison de santé du Castel-d'Andorte, Le Bouscat (Gironde).

Dr Lallemant, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Quatre-Mares (Seine-Inférieure).

Dr Lamy, Médecin des Hôpitaux de Paris, 8, rue St-Philippe-du-Roule, Paris.

Dr Lande, Médecin des Hôpitaux, 34, place Gambetta, Bordeaux (Gironde).

Dr Lannois, Médecin des Hôpitaux, 14, rue Emile Zola, Lyon (Rhône).

* Dr Larrivé, Directeur de la Maison de santé de Meyzieu (Isère).

Dr Legras, Médecin de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, 7, rue Saulnier, Paris.

* Dr Leri, ancien Interne des Hôpitaux, Les Grisards, à Vaucresson (Seine-et-Oise).

* Dr Long, Privat-docent à l'Université, 6, rue Constantin, Genève (Suisse).

* Dr Mabille, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de La Rochelle (Charente-Inférieure).

Dr Magnan, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.
* M. Malecaze, Directeur de la Circonscription Pénitentiaire, Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Marie, Médecin en Chef de l'Asile de Villejuif (Seine).
* Dr Masselon, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de Pau (Basses-Pyrénées).
* Dr Maupaté, Médecin de l'Asile des Aliénés de Naugeat, Limoges (Haute-Vienne).
* Dr Maxwell, Avocat-Général, 37, rue Tiach, Bordeaux (Gironde).
* Dr Meige, 10, rue de Seine, Paris.
Dr Meilhon, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Quimper (Finistère).
Dr Mendelssohn, Membre Correspondant de l'Académie de Médecine de Paris, 49, rue de Courcelles, Paris.
* Dr Meunier, Valery, rue Adoue, Pau (Basses-Pyrénées).
* Dr Meunier, Henri, rue Bayard, Pau (Basses-Pyrénées).
* Dr Meuriot, Directeur de la Maison de Santé, 17, rue Berton, Paris.
Dr Mirallié, Médecin des Hôpitaux, 19, rue Crébillon, Nantes (Loire-Inférieure).
* Dr Monod, 23, rue Samonzet, Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Morel, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Mons (Belgique).
Dr Motet, Membre de l'Académie de Médecine, 161, rue de Charonne, Paris.
Dr Monzon-Gimenez, Cypriano, Pampelune (Espagne).
Dr de Musgrave-Clay, Villa Viviane, Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).
Dr de Nabias, Professeur à la Faculté de Médecine, 12, rue Porte-Dijeaux, Bordeaux (Gironde).
* Dr Noguès, Directeur de l'Établissement pour maladies nerveuses, 34, quai de Tounis, Toulouse (Haute-Garonne).
Dr Nolé, Directeur de l'Asile des Aliénés de St-Alban (Lozère).
* Dr Oberthür, Directeur de l'Établissement hydrothérapique d'Auteuil, 12, rue Boileau, Paris.
* Dr Pactet, Médecin de l'Asile des Aliénés de Villejuif (Seine).
* Dr Page, Médecin de l'Établissement hydrothérapique de Bellevue, près Paris (Seine-et-Oise).
* Dr Pailhas, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés d'Albi (Tarn).
* Dr Parant, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Toulouse, 17, allées de Garonne, Toulouse.
* Dr Parhon, Clinique des maladies nerveuses, 228, Strada Romana, Bucarest (Roumanie).
Dr Paris, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
M. Pech-Palajanel, Juge d'Instruction, Pau (Basses-Pyrénées).
* M. Pelletier, Charles, Chef du Service des Aliénés à la Préfecture de la Seine, 14, rue Cambacérès, Paris, délégué de la Préfecture de la Seine.

* Dr Periès, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Montauban (Tarn-et-Garonne).

Dr Petit, Médecin-Directeur de l'Asile de Moulins (Allier).

* Dr Pichenot, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Montdevergues (Vaucluse).

Dr Picqué, Chirurgien des Hôpitaux de Paris, 81, rue St-Lazare, Paris.

Dr Pierret, Professeur des Maladies mentales à la Faculté de Médecine de Lyon (Rhône).

* Dr Pitres, Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, 119, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux (Gironde).

* Dr Pochon, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de St-Yon, près Rouen (Seine-Inférieure).

* Dr Pouech, 12, rue Montpensier, Pau (Basses-Pyrénées).

* Dr Pujos, Villa Lieste, route de Gan, Pau (Basses-Pyrénées).

Dr Raymond, Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin de la Salpêtrière, 156, boulevard Haussmann, Paris.

Dr Rayneau, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés d'Orléans (Loiret).

* Dr Régis, Professeur à la Faculté de Médecine, 154, rue St-Sernin, Bordeaux (Gironde).

Dr Rey, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Marseille (Bouches-du-Rhône).

* Dr Ricard, Gan (Basses-Pyrénées).

Dr Ritti, Médecin en Chef de la Maison Nationale de Charenton, 57, Grand'Rue, Saint-Maurice (Seine).

M. Rodel, Substitut du Procureur Général, 2, rue Condé, Bordeaux (Gironde).

* Dr Roy, Chef de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris, 5, rue d'Argenteuil, Paris.

Dr Royet, ancien Chef de Clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine, 68, rue de la République, Lyon (Rhône).

Dr Rudler, Médecin-Major au 11e Régiment de Dragons, 8, rue Stractman, Belfort.

Dr Sabrazès, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, 26, rue Boudet, Bordeaux (Gironde).

* Dr Sano, Médecin des Hôpitaux, 2, rue Montebello, Anvers (Belgique).

* Dr Schnyder, 38, rue Fédérale, Berne (Suisse).

* Dr Semelaigne, Médecin-Directeur de la Maison de santé de St-James, 16, avenue de Madrid, Neuilly-sur-Seine.

Dr Sérieux, Paul, Médecin de la Maison de Santé de Ville-Evrard (Seine-et-Oise).

* Dr Sicard, Médecin des Hôpitaux, 41, rue Madame, Paris.

Dr Sixto Arman, Médecin de l'Hôpital d'Oviedo (Espagne).

Dr Taty, Chef des Travaux de Médecine mentale à la Faculté de Médecine, 24, quai Claude-Bernard, Lyon (Rhône).

Dr Terrade, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de la Charité (Nièvre).

* Dr Tissié, 14, rue Marca, Pau (Basses-Pyrénées).

Dr Trenel, Médecin-adjoint de la Colonie Familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

Dr Truelle, Médecin-adjoint de la Colonie Familiale de Dun-sur-Auron (Cher).
* Dr Vallon, Médecin de l'Asile Clinique, 1, rue Cabanis, Paris.
* Dr Vernet, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
* Dr Vidaud de Pomerait, Pau (Basses-Pyrénées).
* Dr Viel, Médecin-Chef de l'Asile du Bon-Sauveur, à Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).
Dr Vigouroux, Médecin-Chef de l'Asile des Aliénés de Vaucluse Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
* Dr Vires, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier (Hérault).

III. — MEMBRES ASSOCIÉS

* Mme Arnaud, Vanves, près Paris.
* M. Bauer, Interne des Hôpitaux, 50, boulevard Port-Royal, Paris.
* Mme Bellat, Asile de Breuty, par la Couronne (Charente).
* Mme Bérillon, 4, rue Castellane, Paris.
* Mme Briche, Asile de St-Venant (Pas-de-Calais).
* Mme Brissaud, 5, rue Bonaparte, Paris.
* Mme Cabannes, 17, rue Vital-Carles, Bordeaux (Gironde).
* Mme Capgras, Asile de Dury-les-Amiens (Somme).
Mr Ceccaldi, Secrétaire général de la Préfecture de Rennes (Ile-et-Vilaine).
Mme Coulonjou, Asile d'Alençon (Orne).
* Mme Cullerre, Asile de La Roche-sur-Yon (Vendée).
* Mlle Cullerre, Asile de La Roche-sur-Yon (Vendée).
Mme Doyen, La Fère (Aisne).
Mlle Doyen, La Fère (Aisne).
* Mme Devay, 30, rue de la République, Lyon (Rhône).
* Mme Doutrebente, Asile des Aliénés de Blois (Loir-et-Cher).
* M. Doutrebente, Robert, — —
* M. Doutrebente, Maurice, — —
M. Fleury Rebatel, Étudiant en Médecine, 71, rue des Grandes Terres, Lyon (Rhône).
* M. Fortineau, Charles, Étudiant en Médecine, 67, rue de Rennes, Nantes (Loire-Inférieure).
* M. Fortineau, Gabriel, Étudiant en Médecine, 67, rue de Rennes, Nantes (Loire-Inférieure).
* Mme Giraud, Asile de St-Yon, près Rouen (Seine-Inférieure).
* Mlle Giraud, — — —
* M. Giraud, Préparateur au Laboratoire de Médecine Mentale, Lyon (Rhône).

* Mme Girma, route de Tarbes, Pau (Basses-Pyrénées).
* Mme Larrivé, Maison de Santé de Meyzieu (Isère).
* Mme Maupaté, Asile des Aliénés de Naugeat, Limoges (Haute-Vienne).
* Mme Meige, 10, rue de Seine, Paris.
* Mme Henry Meunier, rue Bayard, Pau (Basses-Pyrénées).
* Mme Monod, 23, rue Samonzet, Pau (Basses-Pyrénées).
* Mme Pailhas, Asile d'Albi (Tarn).
* Mme Pichenot, Asile de Montdevergues (Vaucluse).
* Mme Pitres, 119, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux (Gironde).
* M. Pitres, Edgard, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux (Gironde).
* Mme Régis, 154, rue St-Sernin, Bordeaux (Gironde).
* M. Régis, Étudiant en Médecine, 154, rue St-Sernin, Bordeaux (Gironde).

Mme Royet, 68, rue de la République, Lyon (Rhône).
* Mme Schnyder, 38, rue Fédérale, Berne (Suisse).
* Mme Tissié, 14, rue Marca, Pau (Basses-Pyrénées).
* Mme Vallon, 1, rue Cabanis, Paris.

M. Verdier, André, Étudiant en Médecine, Millau (Aveyron).
* Mme Vernet, Maréville, près Nancy.
* Mlle Vernet, Nathalie, Maréville, près Nancy.
* M. Vernet, Lucien, Maréville, près Nancy.
* Mme Vires, Montpellier (Hérault).

IV. — ASILES ADHÉRENTS

Asile des Aliénés de St-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées).
— — Lesvellec, près Vannes (Morbihan).
Asile Clinique Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.
Asile des Aliénés de St-Lizier (Ariège).
— — St-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
— — de St-Yon, à Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure).
— — de Montdevergues (Vaucluse).
— — de Ville-Evrard (Seine-et-Oise).
— — d'Evreux (Eure).
— — de St-Robert, près Grenoble (Isère).
— — de Quimper (Finistère).
— — de la Roche-sur-Yon (Vendée).
— — de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
— — d'Alençon (Orne).
— — de Pierrefeu (Var).
— — d'Auch (Gers).
— — de Bron, Lyon (Rhône).

Asile des Aliénés de Braqueville, près Toulouse (Haute-Garonne).
— — de Rodez (Aveyron).
— — de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
— — de Bailleul (Nord).
— — de Châlons-sur-Marne (Marne).
— privé du Pont-St-Come, à Montpellier (Hérault).
— des Aliénés de Dury-les-Amiens (Somme).
— — de Villejuif (Seine).
Colonie Familiale de Dun-sur-Auron (Cher).
— — d'Aynay-le-Château (Allier).
Société de Médecine de Pau (Basses-Pyrénées).

V. — REGLEMENT

ARTICLE PREMIER. — Un Congrès de Médecins Aliénistes se réunit chaque année dans une des villes de France.

Peuvent y adhérer non seulement les Médecins Français, mais aussi les Médecins des pays de langue Française.

La durée du Congrès sera de six jours.

ART. 2. — Deux séances auront lieu chaque jour : une le matin et une autre le soir.

ART. 3. — La première séance sera ouverte par le Président du Bureau du Congrès de l'année précédente, bureau qui a été constitué en Comité d'organisation de la nouvelle session.

Immédiatement après l'ouverture de la séance on procèdera à la nomination d'un nouveau Président, de Vice-Présidents en nombre indéterminé, d'un Secrétaire général et de Secrétaires des séances.

On nommera également des Présidents d'honneur.

ART. 4. — Le Bureau nommé a la direction des travaux du Congrès et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances.

ART. 5. — Les membres adhérents Français ou étrangers ont seuls le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions.

Les délégués des administrations publiques Françaises jouiront des avantages réservés aux membres du Congrès.

ART. 6. — Les orateurs, de même que les auteurs de communications, ne pourront occuper la tribune pendant plus de vingt minutes.

ART. 7. — Les membres du Congrès qui auront pris la parole dans une séance devront remettre au Secrétaire, dans les vingt-quatre heures, un résumé de leurs communications pour la rédaction des procès-verbaux. Dans le cas où ce résumé n'aurait pas été remis, le texte rédigé par le Secrétaire en tiendra lieu.

Art. 8. — Les procès-verbaux seront imprimés et distribués aux membres du Congrès le plus tôt possible après la session.

Art. 9. — Un compte-rendu détaillé des travaux du Congrès sera publié par les soins du Bureau. Celui-ci se réserve de fixer l'étendue des mémoires ou communications livrés à l'impression.

Tout mémoire qui n'aura pas été remis au Secrétaire général le 15 novembre ne sera pas imprimé.

Art. 10. — Le Bureau du Congrès statue en dernier ressort sur tout incident non prévu au règlement.

Il constitue le Comité d'organisation du Congrès de l'année suivante en s'adjoignant les Médecins Aliénistes de la ville où il doit se réunir.

VI. - COMPTE-RENDU FINANCIER du CONGRÈS de BRUXELLES

(XIII[e] Session — 1903)

RECETTES

297 Cotisations à 20 fr.	5.940f »
4 Cotisations à 10 fr.	40 »
Subside du Gouvernement Belge	5.000 »
TOTAL DES RECETTES	10.980f »

DÉPENSES

Excursions : Chemins de fer et bateau	2.980f 34
Banquet : Invités et Orchestre	190 »
Employés du Palais des Académies, drapeaux, etc.	250 »
Impression des circulaires, papiers, avis, etc.	371 40
Invitations, cartes de Membres, programmes, etc.	315 75
Frais de Bureau, timbres, etc.	435 60
Impression des trois rapports, à 800 exemplaires	2.331 50
Impression du Tome II à 500 exemplaires	2.220 »
Brochage	310 »
Clichés	210 »
Port des rapports et volumes aux membres, à M. Masson, etc.	602 37
Impression des Résumés	261 50
TOTAL DES DÉPENSES	10.478f 46

BALANCE

RECETTES	10.980f »
DÉPENSES	10.478 46
BÉNÉFICE	501f 54

État de la Caisse du Congrès :

Solde créditeur Masson au 20 Juillet 1904	1.605f 80
Bénéfice du Congrès de Bruxelles	501 54
AVOIR	2.107f 34

Dr CROCQ,

Secrétaire Général du Congrès de Bruxelles.

VII. — CHOIX DU SIÈGE DU CONGRÈS.

NOMINATION DU PRÉSIDENT ET DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL POUR LE CONGRÈS DE 1905.

Le XIVe Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des Pays de Langue Française décide que la XVe Session aura lieu à Rennes au mois d'Août 1905.

Il nomme :

Président : M. le Dr GIRAUD, Directeur-Médecin de l'Asile des Aliénés de St-Yon, près Rouen.

Secrétaire Général : M. le Dr SIZARET, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Rennes.

VIII. — CHOIX DES QUESTIONS ET DES RAPPORTEURS pour le Congrès de 1905.

1re Question. — PSYCHIATRIE : *De l'hypochondrie.*

Rapporteur : M. le Dr ROY, de Paris.

2e Question. — NEUROLOGIE : *Des névrites ascendantes.*

Rapporteur : M. le Dr SICARD, de Paris.

3e Question. — THÉRAPEUTIQUE : *Balnéation dans le traitement des maladies mentales.*

Rapporteur : M. le Dr PAILHAS, d'Albi.

PREMIÈRE PARTIE

COMPTES RENDUS

DES

SÉANCES

CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

PAU — 1904.

SÉANCE D'OUVERTURE

(1er AOUT — MATIN)

Du jour où les organisateurs du Congrès de Pau eurent informé M. Faisans, maire de cette ville, que les médecins aliénistes et neurologistes avaient désigné la capitale du Béarn pour y tenir leurs assises de 1904, ils eurent la certitude que toutes les difficultés matérielles seraient aplanies ; que la Ville, ainsi que le Département, réserveraient à leurs hôtes un accueil parfait.

C'est grâce à sa haute intervention que l'Administration supérieure du Palais d'Hiver mit généreusement à la disposition du Congrès, pour la durée de la Session, toutes les dépendances de ce vaste monument. Rarement, pensons-nous, nos Congrès ont été et pourront être installés avec autant de confort et de luxe. Et nous remplissons ici un agréable devoir en exprimant notre respectueuse gratitude à M. Faisans et en remerciant également l'Administration supérieure du Palais d'Hiver qui mit tant de complaisance dans sa large hospitalité.

*
* *

A l'extrémité orientale du merveilleux boulêvard des Pyrénées, porté sur un kilomètre de longueur par des arceaux géants, d'où

la vue découvre le panorama plein de fraîcheur et de magnificence des vallées, des gaves et des grands monts, se dresse le Palais d'Hiver de Pau, flanqué de blancs et gracieux campaniles, au-devant d'un parc des plus attirants, avec ses grands arbres séculaires, son lac, ses ruisselets aux cascades mignardes, ses échappées pittoresques, ses statues, dont le d'Artagnan, de Desca, anime l'entrée de son geste plein d'humour.

C'est le centre des attractions paloises auxquelles pendant une semaine va s'ajouter la vie du Congrès.

Comme aux jours de grand festival, de longs oriflammes et des gerbes de drapeaux flottent sur les terrasses en gradins qui donnent accès au Palmarium, hall de 1.800 mètres de superficie, abritant sous un vaste dôme de verre teinté en bleu des pelouses aux gazons sans cesse rajeunis, des eaux jaillissantes, des arbres exotiques de la plus belle venue, et des allées charmantes où des foules peuvent circuler à l'aise comme en un square de plein air.

Dans ce vestibule peu banal, les Congressistes, les autorités du Département et de la Ville, les invités apparaissent déjà vers 9 h. du matin, se dirigeant vers la Salle des Fêtes où va être inauguré le Congrès qui y tiendra la plupart de ses séances.

Là encore les fleurs et les plantes de la Ville font fête au Congrès.

Le fond de la vaste et élégante Salle est occupé par l'estrade où siègera le Bureau.

A droite et à gauche, tout le long de la Salle, des plateformes surélevées sont réservées à la Presse et aux services d'organisation. Des salons contigus sont laissés à la disposition des Congressistes. Au centre, pouvant contenir 400 personnes, s'installeront confortablement tous les auditeurs.

Il est presque rempli à la séance d'inauguration.

A 9 h. 1/2, prennent place sur l'estrade : M. Faisans, maire de Pau, présidant la séance d'ouverture, ayant à sa droite M. Gilbert, préfet des Basses-Pyrénées, et à sa gauche M. le Dr Drouineau, inspecteur général des Services administratifs, représentant le Ministre de l'Intérieur. A côté, à droite et à gauche, M. le Dr Brissaud, président du Congrès ; MM. Haffner, procureur général ; Dubois de Lhermont, président du Tribunal ; Truchy, procureur de la République ; le Dr Valery Meunier,

président de la Commission de surveillance de l'Asile; Cadart, ingénieur en chef du Département ; le Dr Girma, secrétaire général du Congrès.

M. LE MAIRE ouvre la séance par le discours suivant :

DISCOURS DE M. LE MAIRE

MESDAMES, MESSIEURS,

L'honneur que vous avez fait à la Ville de Pau en la choisissant pour la tenue de votre XIVe Congrès l'a vivement touchée et c'est avec un sincère sentiment de gratitude qu'elle vous adresse ses souhaits de bienvenue. Il m'est d'autant plus agréable de les exprimer que l'occasion m'est ainsi offerte de remercier personnellement mon éminent ami M. le Professeur Brissaud qui, en provoquant ce choix, a donné une nouvelle preuve d'affection à ce pays où il a déjà rendu tant de services et qui l'aime et l'honore comme l'un de ses meilleurs enfants d'adoption.

Vous trouverez ici, Messieurs, un Asile qui, depuis sa création, a été l'objet de la constante sollicitude du Département. La Direction actuelle a su le porter à un degré de prospérité qui, à première vue, semblait suffisant aux profanes. Mais M. le Dr Girma et sa Commission de surveillance plaident si bien la cause des malades et prouvent, avec de si bons arguments qu'il ne faut rien négliger pour améliorer leur sort, que le Conseil Général se laisse vaincre sans trop de résistance et délie toujours les cordons de la bourse. Nous serions heureux d'avoir votre approbation, d'apprendre même de vous, qui allez bientôt juger notre œuvre, les nouveaux perfectionnements qu'il serait désirable d'y apporter. Vos indications seront attentivement écoutées comme méritent de l'être toutes celles qui émanent de si hautes compétences.

Je vous convie, Messieurs, à commencer vos travaux. Ils intéressent l'humanité tout entière. Soyez donc assurés qu'ils seront suivis par nous tous avec la plus cordiale et la plus respectueuse sympathie.

M. BRISSAUD, président du Congrès, salue Pau, ville hospitalière.

Il fait l'éloge de son maire, M. Faisans, dont l'administration habile et féconde a pu réaliser tous les embellissements qu'on peut admirer dans cette ville qui, en matière d'hygiène surtout, peut aujourd'hui être citée comme un modèle.

Il y ajoute l'éloge de son frère, M. le Dr Léon Faisans, médecin des hôpitaux de Paris, qui s'est fait une si haute situation dans la capitale, et à qui ses pairs viennent de donner une des plus insignes marques de leur estime et de leur sympathie en

le choisissant pour leur délégué auprès du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Il remercie M. le Préfet pour la subvention généreuse qu'il a inscrite au budget départemental pour la réception du Congrès à l'Asile St-Luc ; M. le Dr Drouineau, délégué du Gouvernement, dont la présence rehausse et stimule les travaux du Congrès, ainsi que les autorités et les personnes étrangères qui ont bien voulu, par leur empressement à répondre à l'invitation du bureau, augmenter par leur présence l'éclat de cette première réunion.

M. l'Inspecteur général DROUINEAU prend la parole :

DISCOURS DE M. DROUINEAU

Messieurs,

Appelé cette année encore à l'honneur de représenter M. le Ministre de l'Intérieur au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes, je pourrai, après les déclarations que je vous ai plusieurs fois répétées, me borner, à cette séance inaugurale, à vous assurer de ma vive et progressive sympathie et du grand intérêt que je prends à vos travaux. Vous me connaissez assez pour savoir quels sont, à l'égard de vos personnes, de votre œuvre scientifique et administrative, mes sentiments, mes désirs, et il serait sans intérêt pour vous d'entendre, sous une forme plus ou moins heureusement variée, l'expression des mêmes pensées. Quelques mots y suffiraient et vous me sauriez gré, j'en suis certain, d'épargner votre temps et votre attention.

Les circonstances font que je ne puis me résoudre à ce silence relatif ; elles naissent, je le dis de suite, de la personnalité de celui que vous avez choisi pour diriger vos travaux.

L'éminent président que vous avez acclamé l'an passé, à Bruxelles, à ce brillant Congrès, de toute façon remarquable et dont nous conservons fidèlement le plus doux souvenir, M. le professeur Brissaud a tant de qualités que, parlant de lui, je vais offenser, je le sais, sa modestie ; mais j'expliquerai comment je ne suis pas libre de ma pensée et de ma parole et, tout le premier, il m'excusera.

Si, pour vous comme pour moi, M. Brissaud est le neurologiste éminent, le maître aimé et écouté de tous, je passe sous silence la sympathie personnelle dont on ne peut se défendre quand on l'approche, si tout cela l'imposait depuis longtemps à vos suffrages, il semblait que, par un tacite accord, vous réserviez la manifestation dont il devait être l'objet pour le moment où le Congrès se tiendrait dans le Béarn, dans ce beau département que M. Brissaud aime passionnément, à Pau enfin, cette ville si agréable, si reposante, et que la municipalité sait rendre de jour en jour plus séduisante et plus recherchée.

Cette heure est venue et M. Brissaud, le président nécessaire du Congrès de Pau va nous faire les honneurs de son pays et nous montrer avec une véritable joie quelques-uns des merveilleux sites de nos belles Pyrénées. Mais, Messieurs, quand les uns et les autres, vous faisiez autrefois ce sage projet et ce calcul, à la fois logique et intéressé, peut-être n'aviez-vous pas prévu que M. Brissaud comptait en son pays beaucoup d'amis et que ces amis, étant des électeurs, auraient un jour le bon esprit d'en vouloir faire le représentant au Conseil Général. Ils y ont réussi, il y a, je crois, deux ans, à Sauveterre, et voilà qu'il m'est donné pour la première fois de trouver dirigeant vos travaux un membre d'une assemblée départementale, et voilà pourquoi, sans effacer toutes les autres, cette qualité nouvelle de notre président prend à mes yeux plus qu'aux vôtres peut-être une réelle importance.

Étant des psychiâtres expérimentés, vous êtes aussi des psychologues, cela va de soi, et vous ne pouvez vous étonner de cette sorte d'obsession intellectuelle qu'est l'association des idées.

Depuis que je visite les asiles, on m'entretient si souvent, avec tant d'insistance, parfois même de passion, des Conseils généraux ; j'y pense et j'en parle moi-même si fréquemment que le mot seul de Conseiller général éveille en mon esprit un monde de faits et d'idées.

Voyez avec quelle intensité cet émoi devait se produire quand cette qualification s'appliquait à M. Brissaud, qui connaît mieux que personne ce qu'est l'aliéné, quels sont ses besoins, de quels soins il doit être entouré.

Je n'ai pu me défendre, je le confesse, de songer, pensant à lui, combien serait différente, en notre pays, la situation matérielle et morale des aliénés, si, étant données les conditions actuelles de notre législation, les Conseils généraux pouvaient compter dans leur sein beaucoup d'hommes comme M. Brissaud, s'expliquant les réformes que l'évolution scientifique commande dans nos asiles et désirant surtout les voir aboutir.

Ajoutez à cela que cette année même, à l'ordre du jour de vos travaux figure une grave et importante question d'assistance : déjà, vous avez lu le rapport si documenté, si intéressant, de M. Kéraval, et vous y avez vu que le judicieux rapporteur vous présente en réalité tout un programme d'assistance ; vous le ferez peut-être vôtre en en acceptant les conclusions. et notre devoir, à nous, administrateurs soucieux de vos décisions, sera de le soumettre aux Conseils Généraux et de nous efforcer de le leur faire accepter.

La tâche pourra n'être pas aisée ; elle est certainement inquiétante.

Je vous ai dévoilé, Messieurs, mon état d'esprit, en cette réunion inaugurale, alors que je me retrouve parmi vous, alors que M. Brissaud prend magistralement possession du fauteuil présidentiel et au moment où vont commencer vos travaux.

Vous savez maintenant pourquoi je ne pouvais, devant vous, quel qu'en fût mon désir, contraindre ma pensée et vous dissimuler mes préoccupations. Elles sont si justifiées.

Vous le savez, en effet, par expérience, à quelque moment, sous quelque forme que ce soit, l'assistance aux aliénés se heurte aux Conseils Généraux, c'est là quelle aboutit et s'arrête. Aussi nous pouvons espérer une solution heureuse là où des Conseillers généraux ayant l'autorité scientifique et morale de M. Brissaud, portant autour d'eux la bonne parole, sauront se faire écouter et gagner la cause que nous défendons ici les uns et les autres de façons diverses. Mais là où cet appui, ce précieux concours nous feront défaut, nous pouvons sinon désespérer, craindre au moins l'insuccès et voir se perpétuer des errements déplorables.

Je m'arrête, Messieurs, parce que j'ai conscience que sur cette pente je glisserai aisément.

Il me suffit de vous avoir expliqué pourquoi je voulais apporter aujourd'hui, à M. Brissaud, président du XIV[e] Congrès et Conseiller général de ce département, mon hommage respectueux comme représentant de l'Administration supérieure de l'Assistance publique.

Je me rappelle qu'à Bruxelles, en cette même circonstance, je disais que c'était pour moi un agréable devoir de saluer l'éminent représentant du Gouvernement Belge dont la présence fortifiait l'autorité morale du Congrès ; je fais aujourd'hui une déclaration analogue et je voudrais que la présence d'un Conseiller général au fauteuil de la présidence fut l'indice d'une alliance intime et féconde entre les aliénistes et les Conseils Généraux et le premier acte d'une ère nouvelle heureuse et bienfaisante.

M. BRISSAUD, se levant de nouveau, prononce le discours suivant :

DISCOURS DE M. BRISSAUD

Éloge de Théophile de Bordeu, Neurologiste.

L'honneur d'inaugurer vos travaux paraît revenir de droit à un savant béarnais dont l'œuvre neurologique est presque entièrement oubliée : Théophile de Bordeu.

Avant lui la physiologie générale du système nerveux n'existait pas. On ne peut dire qu'il la créa ; il l'inventa de toutes pièces. Un petit nombre de faits d'observation lui suffirent ; son mérite fut de les choisir.

Personne ne supposera que j'aie la prétention de révéler aujourd'hui l'existence de Bordeu. C'est une figure trop attachante pour n'être pas présente à toutes les mémoires.

A Versailles, dans un cadre ovale du XVIII[e] siècle, un pastel de Latour nous a rendu familière la physionomie de ce médecin, fin clinicien, anatomiste érudit et fécond.

Originaire d'Izeste — à quelques lieues d'ici — il appartenait à une

de ces familles de petite noblesse où l'exercice héréditaire d'une profession utile ornait le blason de son plus beau quartier.

Le père était médecin, le fils le fut aussi. A Montpellier, il étonna ses maîtres qui cherchèrent en vain à le retenir. Pourvu de son diplôme, il revint à Pau et y enseigna, pour continuer de s'instruire, jusqu'au jour où, se sentant prêt, il résolut de tenter à Paris la Fortune : elle l'y attendait pour le combler. Mais quel déraciné supporte l'ennui du terroir ? Quel béarnais résiste au vertige attirant de ses montagnes ? Et voilà notre Bordeu de retour à Pau où il professe l'anatomie, l'obstétrique, la pathologie.

C'est à cette époque qu'il entreprit, en faveur des Eaux Pyrénéennes la croisade qu'il devait poursuivre jusqu'à la fin de sa vie. Alors prévoyant que le lointain séjour de Pau nuirait à sa propagande, il fixa définitivement à Paris sa residence. Plus tard, ce choix ne l'empêcha pas d'être investi du titre de surintendant des Eaux d'Aquitaine. Déjà, sous Louis XV, certaines fonctions pouvaient s'exercer de loin. Cependant Bordeu apporta aux siennes un zèle exemplaire ; il visita souvent Bagnères, les Eaux-Bonnes, les Eaux-Chaudes, Barèges, au grand profit de ces belles stations, car de nombreux malades lui faisaient escorte...

Mais ces souvenirs, penserez-vous, n'ont aucun intérêt d'actualité ; leur intérêt est purement local. Bordeu aimait sa petite patrie, ce qui est tout naturel ; il la servait de son mieux et sans arrière-pensée électorale, ce qui est moins vulgaire ; enfin, dans ce pays où le beau marbre n'est pas rare, Bordeu n'a pas de statue, ce qui est invraisemblable ! Je n'insiste pas, car nous ne sommes pas réunis pour un Congrès d'hydrologie.

Au surplus, ce ne sont pas ses travaux d'hydrologie qui ont perpétué le nom de Bordeu ; sa célébrité a une autre origine. Bordeu a inspiré le génie de Bichat ; et Bichat fut le premier à lui rendre hommage. L'idée de la constitution systématique des tissus organisés appartient tout entière à Bordeu. C'est lui qui introduisit ce mot de *tissu* dans le langage anatomique ; c'est lui qui découvrit, en particulier, l'unité de structure du tissu cellulaire et affirma l'existence de toute une pathologie spéciale à ce tissu. Sans la notion préalable de la fixité du type histologique, il est possible que Bichat n'eut pas écrit le *traité des membranes* et que l'anatomie générale n'existât pas encore. Voilà le haut fait de Bordeu, voilà son titre de gloire. On ne s'en rend plus compte aujourd'hui comme il conviendrait ; maints traités classiques d'histologie ont omis le nom de Bordeu.

Pourtant, ne fallait-il pas une audace singulière pour supprimer, d'un trait de plume, *les parenchymes* et les remplacer par un système uniforme, doué de propriétés constantes et partout identiques ? C'était comme une profession d'hérésie. Mais, sur ce point, justice a été rendue autrefois à Bordeu... Et nous ne sommes pas un Congrès d'anatomistes.

Si je vous entretiens de Bordeu c'est, Messieurs, que je crois avoir découvert en lui un nouvel avatar, je viens de dire un Bordeu *neurologiste*, tout à fait original et dont l'œuvre, dans son ensemble, annonce

la physiologie des nerfs viscéraux, telle que devaient l'établir définitivement, cent ans plus tard, Magendie, Claude Bernard, Ludwig et Vulpian. A cet égard, Bichat lui-même n'eût pas été en mesure de juger Bordeu. Les temps n'étaient pas accomplis. A présent, l'heure est venue, et l'occasion de ce jour même est propice.

En 1742, lorsque Bordeu soutint à Montpellier sa thèse de licence *de sensu genericè considerato,* le Galénisme venait de subir un assaut terrible. Jusqu'à cette date le Galénisme avait été un dogme, c'était *le dogme;* la médecine ne pouvait pas s'en passer, attendu qu'elle se réclamait encore de ses origines sacerdotales. Elle conservait donc sa fidélité au Galénisme en vertu de ce prétendu respect de la tradition qui, au fond, n'est presque jamais qu'une mauvaise habitude. Cependant, il y avait depuis un siècle quelque chose de changé. Harvey avait déconcerté la foi. Un dogme est intangible; il faut l'accepter en bloc. Toute fissure est présage de ruine. Après Harvey la ruine du Galénisme était fatale.

Mais quel réformateur allait prêcher une nouvelle doctrine — puisqu'il en fallait une — la doctrine nécessaire, indispensable à l'exercice du ministère médical? Un rêveur allemand, Stahl; et au Galénisme succéda le Stahlianisme.

La doctrine de Stahl venait d'être introduite à Montpellier au moment où Bordeu y achevait ses études. Elle arrivait trop tard dans un monde trop vieux. En effet, même à Montpellier, elle ne parvint pas à se constituer en dogme; les conversions étaient lentes et hésitantes. Pour se pénétrer des conceptions biologiques de Stahl, il fallait un recueillement que les plus fervents étaient incapables de soutenir. Ils avaient des distractions au bruit des petites adaptations mécaniques de Boerhaave et des vivisections de Haller. A plus forte raison, Bordeu ne fit-il aucun effort pour croire; il n'essaya pas de prier pour acquérir une foi dont il n'éprouvait pas le besoin. Il avait ce que les pédants de collège appellent un *très mauvais esprit.* Un de ses maîtres, Fizes, disait de lui : « Il était fort docile à l'instruction, mais on le voyait très peu satisfait de l'explication que nous donnions des phénomènes de l'économie animale. » Cette disposition à l'indiscipline n'excluait pas chez notre écolier une sincère admiration pour la grandiose vision de Stahl; il le félicitait en particulier « d'avoir vengé la médecine de l'accusation de matérialisme ». Cependant Bordeu ne retenait de l'animisme que l'existence de l'âme ; et, tout chrétien qu'il fut, il continuait de protester contre l'autocratie Stahlienne. Il n'admettait pas la foi scientifique, il n'invoquait pas volontiers l'opinion d'autrui comme un argument. Il déplorait « les suites funestes de la fureur de philosopher d'après l'autorité des Anciens et d'après un tas de raisonnements misérables ».

En somme c'était au principe d'autorité qu'il en avait, sachant bien que ce principe est le premier que tout dogme implique et applique. Il en voyait une manifestation extérieure dans ces attitudes et ces allures de pontife que prenaient les grands maîtres pour se rehausser à leurs propres yeux, c'est-à-dire au détriment des petits praticiens de la

lancette et du bistouri. Il suffisait à ces médecins de s'arroger le droit de philosopher, et ils se seraient crus déshonorés en faisant œuvre chirurgicale. Se rendre utile à autrui par un travail manuel leur paraissait une tâche par trop inférieure à leur mission. Bordeu n'hésita pas; il voulait être investi du titre de médecin-*chirurgien.*

Aujourd'hui, ce petit acte d'affranchissement s'appellerait de la pose; celui-là exigeait un certain courage, et finalement le poseur eut le beau rôle. La tyrannie des préjugés, comme la mauvaise herbe, a des racines profondes. Bordeu ne protesta pas bruyamment contre l'habitude des docteurs qui portaient encore le costume des chanoines à petit collet ; mais il trouva naturel de s'habiller sans prétention, comme tout le monde. Un de ses historiographes rappelle que « loin d'affecter les couleurs sombres comme ses confrères qui ont l'air de porter d'avance le deuil de leurs clients, il déposait souvent un habit de canelé gris pour en prendre un noisette galonné d'or ». A cette époque, un médecin ne pouvait manifester plus silencieusement des tendances plus subversives. Mais, chose autrement grave, ce petit Bordeu, à peine licencié, se mêlait déjà d'enseigner la jeunesse. Les démonstrations d'anatomie ne suffisaient pas à son besoin de prosélytisme. Avec une aisance discrète et résolue, il parlait de liberté de penser ; et c'étaient ses condisciples de la veille, les néophytes de l'animisme qu'il formait ainsi à l'insoumission !

D'où lui venait un si funeste penchant ? Il possédait tout simplement ce sens critique sans lequel il n'est pas de vrai savant, et il n'apercevait pas la nécessité de construire sur les ruines du Galénisme un temple pour quelque superstition nouvelle. Son jugement s'était formé sans doute à la lecture des mauvais livres. Il possédait à fond les sensualistes anglais. C'est de Hobbes qu'il tenait la notion féconde des représentations cérébrales. A Willis il devait la connaissance de la topographie des nerfs crâniens ; puis il aimait à dire que Locke, oui Locke, l'auteur de l'*Entendement humain,* était médecin, qu'il avait beaucoup emprunté à La Chambre ; qu'il avait eu pour ami Sydenham ; qu'il avait profité à Montpellier des lumières de Barbeyrac ; enfin, qu'il avait suivi à Paris les leçons d'anatomie d'un médecin hollandais. Il n'y a donc pas à s'étonner que Bordeu, dès ses tout premiers essais, inclinât vers le sensualisme, auquel l'anatomie, la physiologie, la médecine même lui semblaient pouvoir prêter de nouveaux et solides appuis. On retrouve partout chez lui cette influence, qu'il accepte sans la subir. Il étend la formule de Locke aux phénomènes organiques : « Le sentiment revient dans toutes les fonctions, il les dirige toutes, il domine sur les maladies ; il conduit l'action des remèdes. »

Locke prétendait que l'étude des sens prime toutes les autres ; Bordeu va bien plus loin : les éléments du corps vivant ne sont pas, comme le soutient Haller, simplement irritables, ils sont *sensibles par leur essence.* Ici, la *Cénesthésie* nous apparaît, *moins le mot,* dans toute son évidence, et nous allons la retrouver à chaque page de l'œuvre de Bordeu ; toute

occasion lui sera bonne pour soutenir sa thèse et la développer. Même aujourd'hui nul n'a mieux énoncé le problème, nul ne l'a serré de plus près. Qu'on en juge :

Si les éléments du corps vivant sont « sensibles par leur essence », toutes les sensibilités élémentaires qui appellent les réactions motrices (partielles ou générales) exigent autant de foyers de centralisation. Or, Bordeu est plus localisateur que ne l'ont jamais été Broca, Hitzig, Ferrier, Charcot, Pitres. Il a deviné, il a affirmé les localisations des centres viscéraux ; je le cite : « Tout ce qui se passe dans les organes n'est que l'effet, et une *image* de ce qui se passe dans le cerveau, dans lequel les nerfs de la parotide, par exemple, commencent à être tendus avant que la glande agisse et avant même qu'elle soit irritée ; ce qu'on peut appliquer à tous les autres organes. En un mot, nous croyons que la fonction commence d'abord dans le cerveau, qui est partagé *en autant de départements qu'il y a d'organes* et qui est disposé de façon qu'il excite tel ou tel organe ou telle ou telle fonction par ce qui se passe à l'origine des nerfs de l'organe. »

Dans le texte de Bordeu, les mots *image* et *département* sont soulignés. Il ne recourt pas à une métaphore ; il croit fermement au *fait matériel de la représentation,* et il y revient sans cesse.

Mais s'il est à ce point localisateur, il ne conçoit que mieux comment la somme des phénomènes de sensibilité, agissant et réagissant les uns sur les autres, peut se traduire par un fait de conscience générale ; car il assigne, lui aussi, une localisation à l'âme. Toutefois, comme il voit toujours par la pensée la convergence spinale des nerfs de la sensibilité il répand l'âme dans toute la masse des centres nerveux sans en excepter la moelle. Ainsi, il est de 150 ans en avance sur Forel.

Dans tout ce système, la logique des faits l'emporte de beaucoup sur l'imagination. Sans doute Bordeu ne tient pas en mains les preuves qui échapperont encore à toute la suite des siècles. Il n'en a pas moins reconnu l'autonomie respective des parties et leur subordination collective à une oligarchie nerveuse. En cela son polyzoïsme est plus moderne que « cette sorte de panpsychisme » dont Jules Soury fait grief à Haeckel. En effet les éléments n'ont pas, chacun séparément, un rudiment de conscience, et pas plus les organes que les éléments. Bordeu est très explicite sur ce point : « Chaque partie organisée du corps vivant a sa manière d'être, d'agir, de sentir, de se mouvoir : chacune a son goût, sa structure, sa forme intérieure et extérieure, son poids, sa manière de croître, de s'étendre et de se retourner toute particulière ; chacune concourt à sa manière et pour son contingent à l'ensemble de toutes les fonctions et à la vie générale : chacune enfin a sa vie et sa fonction distinctes de toutes les autres... chacune est un animal dans l'animal, *animal in animali.* » Il ne s'ensuit pas que cet individualisme des parties comporte une multiplicité d'embryons de conscience ; la conscience totale, sans laquelle il n'y aurait pas de cénesthésie et qui sans la cénesthésie, n'existerait pas, exige la connexion préexistante de tous les organes ; l'appareil des fibres nerveuses établit cette con-

nexion et la fibre nerveuse remplit le but final. La fibre nerveuse, dit Bordeu « trouve des sujets d'activité dans toutes les parties... dans toutes les viscères dont cette même fibre entretient les mouvements et le sentiment, et qui sont pour elle des sources de sensations journalières et de détails nécessaires à l'harmonie des fonctions ».

Ce sont évidemment les *centres cérébraux* qui, toujours selon Bordeu, règlent cette harmonie. Mais comment va s'effectuer la transmission de leurs ordres? Tout d'abord, il sape à la base l'opinion la plus incontestée ; il s'en prend à Descartes et à tous les disciples de Descartes qui furent ses propres maîtres ; il nie les *esprits animaux*, et à cette théorie surannée il substitue l'hypothèse contemporaine des *vibrations*.

Quelques passages méritent d'être cités : « Nous permettra-t-on de dire comment nous concevons que les fonctions des nerfs peuvent se faire sans le concours des esprits animaux *auxquels il ne nous est plus permis d'avoir recours?...* » « Le filament nerveux pris à part n'est qu'un filament solide » sujet à « des allongements et à des racourcissements alternatifs; les oscillations vont et viennent pour ainsi dire comme un flux et un reflux ». Ailleurs, il parle, non plus d'oscillations, mais *d'ondulations*. Qu'importe le mot? Le fait en soi, toujours identique à lui-même, est précisément celui auquel s'appliquent, dans nos vocabulaires techniques, les termes d'ondes ou de vibrations nerveuses. Or, si Bordeu, à l'encontre des partisans des esprits animaux admet un phénomène vibratoire et rien de plus, c'est parce que la fibre nerveuse est un filament « solide. »

On reconnaîtra que Bordeu ne marche pas à l'aventure; il ne perd pas de vue son but, quoiqu'il ne l'atteigne qu'après maints détours. C'est dans son admirable étude sur la position des glandes qu'on le voit accomplir cette évolution si adroite et si sûre. Il vaut la peine de l'y suivre un instant :

On avait cru jusqu'alors — mais surtout depuis les « mécanistes » — que les glandes étaient de simples filtres dont la fonction dépendait des seules propriétés de la membrane filtrante. Des expériences anciennes et quelques-unes relativement récentes, en particulier celle de Sténon et de Bergerus, prouvaient que lorsque les nerfs d'une glande sont coupés, la sécrétion de cette glande est suspendue ; mais on admettait que la suppression du filtrage tenait à certaine détérioration du filtre produite par la section nerveuse ; car les nerfs passaient déjà pour distribuer partout l'essence indéfinissable de la vie.

Du premier coup d'œil Bordeu reconnut le rôle trophique des nerfs. « Il y en a pour la vie et le sentiment de l'organe ; ce sera, si l'on veut. l'usage de la bonne moitié ; mais il reste aussi des nerfs pour quelque chose de plus particulier... une glande vit et existe sans qu'elle fasse actuellement sa sécrétion... la glande a reçu des nerfs pour vivre et pour faire une fonction particulière qu'elle exerce au moyen d'une partie de ses nerfs : c'est la sécrétion. Pour que la sécrétion se fasse, il faut une nouvelle action nerveuse, tout autre que celle de la vie simple. On n'a qu'à se rappeler l'action du laudanum ; il suspend toutes les

sécrétions, comme il suspend bien d'autres fonctions ; il arrête l'action d'une glande comme il arrête celle des organes des sens. L'expérience de Lower qui, après avoir lié les jugulaires d'un chien vivant, vit augmenter la salive, ne prouve rien contre nous ». Et, en quelques mots, il démolit l'appareil mécanique de Boerhaave : « Tout ce qui se sépare dans une glande dont la veine est liée, ne s'y sépare pas à proprement parler, par une sécrétion proprement dite... Les vaisseaux sanguins apportent la matière de la sécrétion, mais les nerfs la font venir, ils la retiennent, ils la choisissent... Les nerfs préparent l'organe et dirigent les humeurs dans ses vaisseaux. »

Cette théorie absolument personnelle de la fonction sécrétoire des nerfs est fondée sur un petit nombre d'observations anatomo-physiologiques qu'on dirait rédigées d'hier. Tout le processus des actes vaso-sécrétoires se développe dans une admirable clarté. Entre les mains de Claude Bernard et de Ludwig l'expérimentation n'a fait que réaliser les prophéties de Bordeu. Actuellement les faits mieux analysés s'énoncent sous une autre forme ; le langage s'est un peu modifié. Mais que dirait-on de mieux et en quels meilleurs termes ? Nos formules sont-elles plus précises et plus vraies que ces aphorismes de Bordeu : « les sécrétions dépendent de l'action des nerfs des glandes,... la sécrétion proprement dite est le choix des humeurs... Elle se réduit à une espèce de sensation... Il y a des temps où les glandes n'agissent point ; leur action est comme périodique,... les passions n'excitent la glande qu'en agissant sur leurs nerfs,... les effets de l'action de l'âme doivent être comptés pour beaucoup dans l'explication des phénomènes des sécrétions et des excrétions » ?

Maintenant arrivons à la mise en train des opérations nerveuses. Claude Bernard et Ludwig nous ont fait voir qu'une glande reçoit dans ses périodes d'activité plus de sang que dans ses périodes de repos, et que cet afflux sanguin est soumis à une influence des centres ganglionnaires du sympathique. Ces centres (qui prévoient les besoins de la glande pour la sécrétion qu'elle doit fournir) mesurent le débit vasculaire conformément à la loi de l'offre et de la demande. Écoutons Bordeu : « La sistole des vaisseaux d'une glande qui est en action est peut-être beaucoup plus forte que lorsqu'elle est relâchée ; la diastole est de même aussi forte à proportion ; c'est pourquoi les humeurs viennent en quantité ; et ceci dépend de l'action des nerfs qui, partant d'un ganglion comme d'un centre, agissent vivement sur les vaisseaux qu'ils accompagnent. » Il y a dans ce passage comme une réminiscence de l'opinion soutenue par Malebranche au sujet de l'action réciproque des nerfs sur les vaisseaux et des vaisseaux sur les nerfs. Mais Bordeu parle de la *diastole des vaisseaux provoquée par un ganglion faisant fonction de centre.* La vaso-dilatation n'a donc pas de secrets pour lui ! et tout cela va rester enfoui dans l'oubli pendant plus d'un siècle...

Pour être complet, il ne manquait à ce chapitre que de déterminer la nature du phénomène nerveux intra-glandulaire. Or Bordeu ne connaît pas la constitution des corpuscules de Pacini, mais il sait que les grains

glanduleux sont d'une substance spéciale et il se pose la question que voici :

« Cette substance ne forme-t-elle pas des espèces de houpes nerveuses ou des faisceaux de vaisseaux capillaires ? Voilà ce qui n'est pas bien éclairci... Pourquoi ne pourrait-on pas croire que ces filaments sont de petits vaisseaux des artérioles ou des nerfs, ou des vaisseaux sécrétoires ?... Peut-être ces houpes sont-elles, en effet, l'organe principal de la secrétion ? Qu'on conçoive qu'elles nagent ou qu'elles trempent dans les follicules pleins d'humeur... lorsqu'elles viendront à s'étendre, comme font les houpes nerveuses du tact, alors les vaisseaux artériels regorgeront plus de liqueurs, les sécrétoires s'ouvriront, leur extrémité pendante exercera ce que nous avons appelé la sensibilité ; et la sécrétion ou le choix de l'humeur se fera comme il faut. »

J'avoue pour ma part ne pas connaître d'exemple plus étonnant de divination scientifique. Non seulement Bordeu attribue un rôle primordial aux nerfs ganglionnaires dans l'appel du sang vers les glandes, mais il prévoit que l'ordre, venu du ganglion, ne peut être suggéré à ce dernier que par un avertissement de la sensibilité ganglionnaire. Et cette sensibilité comporte des appareils spéciaux constitués par des nerfs sécrétoires, des houpes nerveuses des organes du tact ! Quelle vue de l'au-delà lui a fait apercevoir les corpuscules de Pacini découverts par Krause dans le pancréas ?

Et comme toute réaction, partie du ganglion ou d'ailleurs, est motrice par définition, l'influence du nerf sécrétoire va en outre se manifester par un phénomène complémentaire d'activité musculaire : « *Les nerfs*, ajoute Bordeu, ont deux usages dans un muscle : le premier, de faire LA VIE proprement et le second de faire le mouvement musculaire ; de même ceux d'une glande ont aussi deux usages... » Et il imagine qu'une sorte de régulateur modifie le diamètre des orifices. « Ces orifices sont munis chacun de leur espèce de petit sphincter et de quelques fibrilles nerveuses ; ils pourront donc se serrer ou se dilater selon les besoins, et cela arrivera suivant l'irritation faite aux nerfs. Le sphincter dirigé par des nerfs *pour ainsi parler attentifs* — et insensibles à tout ce qui ne les regarde pas, ne laissera passer que ce qui aura donné de bonnes preuves. »

On pourrait croire en vérité qu'il n'y a dans toute cette combinaison qu'une hypothèse heureuse suggérée par une ingéniosité exceptionnelle. Il n'en est rien. L'horizon de Bordeu atteint les extrêmes limites de notre neurologie, celle d'hier, qui absorbe jusqu'aux troubles trophiques généraux produits par l'altération des sécrétions internes.

Il sait que le sang n'est pas partout homogène : « Le sang a des qualités particulières qu'il a acquises dans le tissu des parties d'où il revient. Je tiens enfin comme un fait médicinalement démontré cette assertion sur *les émanations continuelles que chaque organe envoie dans le sang*... le sang roule toujours dans son sein *des extraits* de toutes les parties organiques, qu'encore une fois on ne me ferait jamais regarder comme inutile pour l'accord de la vie du tout... C'est au

milieu de ces corpuscules si variées que la nature travaille à ses opérations les plus précieuses, l'accroissement du corps et sa conservation... » Aurait-il donc entrevu le myxœdème? Et l'idiotie myxœdémateuse ?

Qu'en pense notre collègue Bourneville ?

Et qu'en penserait Brown-Séquard ? Car enfin, Bordeu a connu le fameux « reflux » dans les hommes qui jouissent de tous leurs droits naturels : « Il irrite et stimule toutes les fibres, produit des effets admirables ; c'est comme un stimulus particulier de la machine, qui renouvelle et remonte la vie et le tempérament. »

Mais comment s'exerce ce stimulus ? Toujours par la sensibilité : « L'action nerveuse et l'influence de la partie sensible éclairent tout dans l'animal vivant. »

Si aujourd'hui cette partie si étonnante de l'œuvre de Bordeu est méconnue, il n'en fut pas de même à l'origine. La Faculté de Montpellier ne pouvait se méprendre sur la valeur du jeune maître qu'elle avait formé. La preuve en fut bientôt éclatante : le rôle de la sensibilité allait devenir prépondérant dans le néovitalisme de Barthez ; et, dès l'année 1751, lorsque Bordeu abandonnait définitivement sa province pour Paris, il n'avait pas le souci de se faire connaître dans la capitale ; il était déjà célèbre.

Au moment même où il y arrivait, un grand mouvement agitait l'esprit public. Les Libertins avaient fait école. Sous la poussée de ce petit groupe d'intellectuels à larges vues, la philosophie s'était orientée vers un nouveau but. De tout son passé elle ne conservait que le nom, qu'on appliquait à d'autres efforts de la pensée. Non seulement les superstitions étaient dénoncées, mais toute orthodoxie était suspecte. Diderot osait prétendre que le scepticisme est le premier pas vers la vérité. D'Alembert venait d'écrire le *Discours Préliminaire ;* deux volumes de l'*Encyclopédie* étaient sous presse ; mais il s'en fallait que tous les articles fussent distribués. Bordeu était un collaborateur désigné d'avance ; on lui proposa l'article *Crises.* Il l'accepta pour démontrer que les jours critiques n'existent pas : le pronostic médical ne se fonde pas sur des chiffres ou des dates fixes ; seul « le médecin dogmatique se croit dans le même cas qu'un astronome certain de l'exactitude de ses calculs ». Nous nous demandons pourquoi l'article *Sensibilité* ne fut pas réservé à Bordeu. Ce fut son élève Fouquet qui le signa ; mais de la première à la dernière ligne de cette habile synthèse, le véritable auteur se révèle. On y distingue les premiers linéaments de la psychophysique ; et si la sensation n'est pas encore définie, suivant la formule de Fechner, le logarithme de l'excitation, du moins reconnaissons-nous cette grande loi introduite dans la physiologie générale par J. Muller : que les sensations relèvent moins de la nature de l'excitation que des propriétés spécifiques des nerfs excités.

Bref il était impossible que la *Coterie encyclopédique* comme on disait alors, n'accueillît pas le protagoniste du sensualisme nouveau ; il arrivait à point nommé. Le sensualisme philosophique semblait

avoir dit son dernier mot. Mais quel secours inespéré ne devait-il pas attendre du sensualisme physiologique de Bordeu ?

Faut-il croire à une simple coïncidence ? Le 18 mars de cette même année, 1751, en pleine Sorbonne, l'abbé de Prades soutenait une thèse de doctorat où s'étalait en toute innocence le matérialisme le plus monstrueux : « Toutes les connaissances de l'âme tirent leur origine des sensations, ainsi que les rameaux du tronc d'un arbre fécond. » Au cours de la soutenance, la candeur exhibitionniste de l'impétrant fut même à ce point sublime que les juges ne comprirent qu'après coup, tant il est vrai — si le proverbe ne ment pas — que l'entière nudité n'offense pas la pudeur. La suite se devine. Mais la condamnation canonique n'atteignit pas seulement l'abbé de Prades ; tous les auteurs de l'Encyclopédie furent frappés en masse, y compris Bordeu, qui connut trop tard le danger d'écrire sur les Crises, sur la position anatomique des glandes et sur les Lois générales de l'innervation.

Messieurs, après cette esquisse de Bordeu neurologiste, j'aurais voulu vous présenter Bordeu psychiâtre. Il m'a fallu y renoncer, et ce n'est pas ma faute, c'est la sienne.

Les circonstances lui eussent permis de l'être. Il était d'un pays où la folie épidémique n'avait pas cessé de sévir. Était-ce le Démon du Midi dont parle l'Ecriture, qui parcourait alors le pays de Labourd, la Navarre, le Béarn ? Cette belle et paisible région était un des derniers repaires de la démonopathie, de la démonolâtrie, de la sorcellerie, toutes maladies identiques entre elles : et les médecins mêmes partageaient les illusions populaires. Jean Wier était récusé. On ne jurait que par le grand Fernel et le grand Ambroise Paré, pour qui les convulsions démoniaques n'étaient pas des troubles morbides, mais des signes de possession satanique. Du vivant de Bordeu, Hoffmann, le maître écouté et respecté entre tous, croyait aveuglément à ces légendes : celles que devait inventer l'autre Hoffmann, le conteur fantastique, étaient moins dangereuses. Elles n'exploitaient pas l'ignorance et la peur. En tout cas, Bordeu connaissait mieux que personne la Maladie des Basques et tous sorciers, meneurs de sabbat, thaumaturges ou diaboliques faiseurs de miracles. Chrétien sincère, il disait que « les miracles avaient cessé d'être nécessaires du jour où il ne s'agissait plus de poser les fondements inébranlables de la religion ». Peut être s'aventurait-il un peu en soutenant que « la médecine est à portée de juger les miracles », c'est-à-dire de décider entre le bon Dieu et le Diable, problème délicat. Mais, comme il avait lu Montaigne, il pouvait croire, lui aussi, que « c'est estimer ses conjectures à bien haut prix que d'en faire cuire un homme tout vif ».

Tout porte à supposer qu'il ne vit cuire personne. Mais l'année même où paraissait le mémoire dans lequel il se révélait neurologiste, l'année de la thèse de l'abbé de Prades, l'année de l'Encyclopédie, en 1751, une loi condamnait les bergers à neuf ans de galères pour simple menace de jeter un sort.

Bordeu s'est prononcé plus d'une fois sur le caractère morbide de

toutes ces formes de la crédulité humaine. Devinerait-on cependant le genre de souci qu'il en éprouvait ? « Dans ces lieux escarpés et éloignés de toute habitation, où la nature fait jaillir les sources thermales », on rencontrait « des boucs et des chèvre-pieds. » Les devins et les astrologues en tiraient de mauvais présages. Ces causes, dit-il, « concouraient à détourner l'attention des médecins de l'emploi des eaux, et donnaient aux peuples une impulsion contraire aux voyages et aux essais de ces eaux ».

A cet aveu dénué d'artifice nous reconnaissons le bon Surintendant des Eaux d'Aquitaine.

Messieurs, je m'en voudrais de terminer sans rappeler ici que le système physiologique de Bordeu détermine le plan de la nosographie philosophique de Pinel. Ce nom illustre efface tous les autres. Est-il juste cependant qu'il en soit ainsi ? Je sais qu'il y a des partisans de l'anonymat scientifique. Le progrès étant, par excellence, l'œuvre de tous, la priorité absolue n'appartient à personne et il faut oublier les noms. Ce principe collectiviste n'a pas besoin d'être érigé en loi. Le temps se charge de l'appliquer, et les précurseurs auront toujours tort. Heureux l'historien qui plaide assez chaleureusement leur cause pour restituer à leur mémoire une demi-heure d'immortalité. J'aurais voulu, Messieurs, y réussir, en vous parlant de Théophile de Bordeu.

Après ces discours, salués par l'Assemblée des plus vifs applaudissements, M. le Maire lève la séance.

A l'issue de cette première réunion, les Congressistes se dirigent vers le Château Henri IV dont la visite est inscrite au programme de cette matinée. *(Voir les comptes-rendus à la 2e Partie.)*

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

(1er AOUT — 2 HEURES)

Palais d'Hiver. — Salle des Fêtes.

Présidence de M. le Professeur RÉGIS

M. le Professeur Francotte, Président du dernier Congrès tenu à Bruxelles, à qui incombait le rôle d'ouvrir cette première séance des travaux du Congrès de Pau, s'excuse par une lettre parvenue à M. le Professeur Brissaud de ne pouvoir, par suite de maladie survenue dans sa famille, s'absenter de Liège pendant cette semaine. Il salue son éminent successeur à la présidence de la XIVe session dont il souhaite le succès.

En son absence, M. Régis, qui présida l'avant-dernier Congrès tenu à Grenoble, transmet le pouvoir de la présidence à M. le Professeur Brissaud, dont il fait le plus vif éloge.

***

Présidence de M. le Professeur BRISSAUD

Après des remerciements adressés à M. le Dr Régis, M. le Professeur Brissaud propose d'envoyer à M. le Professeur Francotte le télégramme suivant :

« *Professeur Francotte, Liège.*

« Président, Bureau et Membres du Congrès de Pau adressent » au Professeur Francotte l'expression de leurs vifs regrets » pour la santé des siens et lui renouvellent leurs sentiments de » reconnaissance pour l'admirable accueil reçu l'an dernier à » Bruxelles. »

Cette proposition est acceptée aux acclamations unanimes du Congrès.

Peu de temps après arrivait de Liège la réponse télégraphique ainsi conçue :

« Très sensible à la marque de sympathie des Président,

» Bureau et Membres du Congrès, le Professeur Francotte leur » exprime sa vive gratitude. »

Il est ensuite procédé à la nomination des Présidents d'honneur et des Vice-Présidents.

Sont nommés :

Présidents d'honneur :

MM. l'Inspecteur général Drouineau, délégué du Ministre de l'Intérieur.
le Préfet des Basses-Pyrénées.
le Maire de Pau.
Garet, Président du Conseil Général des Basses-Pyrénées.
le Professeur Francotte, de Liège.
le Dr Maxwell, avocat-général de Bordeaux.

Vice-Présidents :

MM. le Dr Arnaud, de Vanves, près Paris.
le Dr Nogués, de Toulouse.

Lettres d'excuses :

Le Secrétaire général donne lecture de diverses lettres d'adhérents au Congrès qui s'excusent de ne pouvoir assister à ses travaux, celles entr'autres de :

MM. le Professeur Francotte, de Liège.
le Professeur de Nabias, de Bordeaux.
le Professeur Pierret, de Lyon.
le Professeur Joffroy, de Paris.
le Professeur Ladame, de Genève.
le Professeur Mendelsshon, de St-Pétersbourg.
Mottet, de Paris.
Garnier, de Paris.
Marie, de Villejuif.
Trenel, d'Aynay-le-Château.
Enriquez, de Paris.
Farez (Paul), de Paris.
Lamy, de Paris.
Madame de Cossé-Brissac, de Paris.

MM. Piqué, de Paris.
Briand, de Paris.
Lallemand, de Rouen.
Nolé, de St-Alban.
Faure, de Lamalou.

M. le Dr Maxwell, avocat-général à Bordeaux, nommé Président d'honneur, en exprime ses remerciements par la lettre suivante adressée à M. le Professeur Brissaud :

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir transmettre à nos confrères du XIVe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française l'expression de mes remercîments pour le choix qu'ils ont bien voulu faire d'un magistrat comme l'un de leurs Présidents d'honneur. Je sais que mes titres personnels ne sauraient justifier un pareil choix : j'y vois l'expression de notre commun désir de voir s'affirmer l'estime et la confiance réciproques entre les magistrats et les médecins, entre les juges des actes et les juges des volontés. C'est la condition nécessaire d'une justice éclairée. Je suis persuadé que l'avenir amènera cette étroite collaboration car je pense, avec beaucoup de mes collègues, que c'est à des psychiàtres, compétents et bien préparés à leur haute mission, qu'il conviendrait de confier exclusivement l'appréciation de l'état mental d'une individualité quelconque soit qu'il y ait à déterminer sa responsabilité pénale, soit qu'il y ait à restreindre sa capacité civile.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et très honoré confrère, l'expression de ma haute considération.

Dr MAXWELL,
Avocat-général à Bordeaux.

M. le Dr Crocq, délégué du gouvernement belge, Secrétaire général du dernier Congrès de Bruxelles vient exposer les résultats de sa gestion. *(Voir ce compte-rendu aux Préliminaires).*

Elle fut si remarquablement organisée, cette session de Bruxelles, qui dura près de quinze jours et ressemblait bien plus à un Congrès international qu'à nos habituelles assises, si remplie d'attractions et si fastueuses qu'on devait s'attendre à ce que son brillant Secrétaire général n'eut à représenter qu'une caisse vide, et nul n'aurait eu la mauvaise grâce de s'en étonner.

M. Crocq a trouvé cependant le moyen d'y laisser un fort respectable excédent de recettes. Aussi la révélation de cette situation financière inespérée est-elle saluée par les vivats répétés de l'Assemblée.

M. le Président Brissaud lui en exprime ses félicitations et les remerciements du Congrès.

Il invite M. Arnaud à occuper le fauteuil présidentiel.

***

Présidence de M. ARNAUD, Vice-Président.

Après avoir remercié le Congrès de l'avoir nommé Vice-Président, M. Arnaud donne la parole à M. Deny pour le résumé de son rapport sur les *Démences Vésaniques*.

LES DÉMENCES VÉSANIQUES

Résumé du Rapport présenté par M. le Dr DENY, Médecin de la Salpêtrière.

Sous le nom de *démences vésaniques,* on désigne généralement les états d'affaiblissement permanent, progressif et définitif des facultés intellectuelles, morales et affectives, consécutifs aux psychoses.

Les démences vésaniques sont donc des affections essentiellement *secondaires,* et il semblerait, d'après cette définition, qu'on dût en décrire autant de types qu'il y a de psychoses pouvant les précéder.

Théoriquement vraie, cette proposition ne l'est plus pratiquement, parce que les démences consécutives ou secondaires finissent toutes à un moment donné par se ressembler et se confondre, au point qu'il devient très rapidement impossible de reconnaître l'affection initiale dont elles dérivent. Aussi se borne-t-on, en général, à étudier en bloc toutes les démences vésaniques, qu'elles soient secondaires à la manie, à la mélancolie, aux psychoses dégénératives, etc., de même que, sous le

nom de *démences névrosiques,* on réunit les états démentiels qui succèdent à l'épilepsie, à la chorée, etc., etc.

Dans le récent traité de pathologie mentale de M. Gilbert Ballet, M. Arnaud distingue seulement, suivant la période de la vie à laquelle elles apparaissent, deux formes — l'une *tardive* et l'autre *précoce* — de démence vésanique.

Si séduisante que soit cette conception qui, de l'ancienne entité morbide de Pinel et d'Esquirol, ne fait plus qu'un simple stade terminal des psychoses de l'âge mûr ou de la vieillesse (démence vésanique tardive), de l'adolescence et de la jeunesse (démence vésanique précoce), nous ne croyons pas qu'elle corresponde à la réalité des faits et qu'elle puisse se concilier avec les idées nouvelles en psychiâtrie.

Nous exposerons d'abord les raisons *cliniques, anatomiques* et *étiologiques,* qui empêchent de considérer l'affection étudiée, surtout en Allemagne, depuis une dizaine d'années — et aujourd'hui universellement connue sous le nom de *démence précoce* — comme une simple démence vésanique rapide (G. Ballet), consécutive aux psychoses de l'adolescence ; nous examinerons ensuite si la théorie de la démence vésanique tardive est plus justifiée, et s'il n'y aurait pas lieu, au contraire, de rayer définitivement du cadre des maladies mentales l'ancien groupe disparate et hétérogène des démences dites vésaniques ou secondaires.

* * *

Française par ses origines, mais incontestablement *allemande* par les développements scientifiques qu'elle a reçus outre-Rhin depuis une dizaine d'années, la démence précoce est essentiellement caractérisée par un affaiblissement spécial et rapidement progressif de l'ensemble des facultés intellectuelles, qui atteint de préférence les jeunes sujets, s'accompagne presque toujours de troubles psychiques variés et se termine dans l'immense majorité des cas par la perte complète de la raison.

Le début de l'affection est habituellement marqué par des troubles névropathiques protéiformes (céphalée, neurasthénie, crises convulsives, etc.) suivis d'*accidents délirants polymorphes,* mais offrant néanmoins certains caractères particuliers.

A sa période d'état, la maladie s'affirme par un affaiblissement caractéristique des facultés intellectuelles, auquel se surajoutent, dans la grande majorité des cas, des états de dépression, d'excitation, de confusion, de stupeur, des conceptions délirantes ou des troubles sensoriels.

L'affaiblissement des facultés, qui constitue le symptôme fondamental de la démence précoce, quelle que soit sa forme, présente des caractères spéciaux qui le différencient nettement des autres états démentiels.

Le premier de ces caractères est d'être *primitif,* c'est-à-dire qu'il entre le premier en scène et précède pour un observateur attentif toutes les autres manifestations de la maladie. En second lieu cet affaiblissement est *global,* car il se montre d'emblée diffus et généralisé aux trois grandes facultés psychiques (sensibilité, intelligence et volonté) ; mais — et c'est là ce qui lui confère une véritable spécificité, — il est *électif,* parce que, tout en intéressant l'ensemble des processus psychiques, il ne les atteint ni de la même manière, ni au même degré.

Le déficit intellectuel des déments précoces, en effet, incomplet quoique global au début de l'affection, se manifeste d'abord dans la sphère des sentiments affectifs et moraux et ne s'étend que plus tardivement à celle de l'activité volontaire et à celle des facultés intellectuelles proprement dites, pour devenir total, lorsque, par les progrès de la maladie, toutes les facultés sont anéanties.

Cette action élective assigne à la démence précoce une place distincte à côté des deux autres grandes démences, la *paralysie générale* et la *démence sénile,* puisque, primitives et globales toutes les trois, elles diffèrent cependant foncièrement en ce que les facultés affectives sont lésées d'une façon prépondérante dans la démence précoce, les facultés intellectuelles proprement dites dans la paralysie générale et la volonté dans la démence sénile.

Les troubles de la *sphère affective et morale* des déments précoces se produisent par une *apathie* et une *indifférence émotionnelle* absolues. Cette indifférence s'étend à tout et à tous ; il n'y a plus pour de tels malades ni joie, ni tristesse, ni désir, ni crainte. Jamais ils ne réclament leur sortie de l'asile où ils sont internés, ni la visite de leurs parents ; ils restent complètement étrangers à tout ce qui se passe autour d'eux,

n'ont plus aucune espèce de notion des convenances et n'hésitent pas à commettre en public les actes les plus dégradants.

A ces troubles de la vie affective, qui dénotent une disparition complète de la sensibilité morale, liée elle-même, bien entendu, à un affaiblissement déjà notable de l'intelligence, viennent bientôt s'ajouter des désordres de l'*activité motrice et volontaire* qui rendent le tableau de la maladie encore plus saisissant.

Naturellement, c'est par défaut que l'activité volontaire est troublée, mais la volonté n'est pas seulement lésée comme faculté de se décider à une action ; elle est encore perdue comme pouvoir d'arrêt des mouvements automatiques qui sont presque toujours conservés et surtout exagérés.

C'est à la réunion de ces troubles de l'activité volontaire et automatique que l'on a donné le nom de *syndrome catatonique*. Les principaux éléments de ce syndrome sont des phénomènes d'opposition plus connus aujourd'hui sous le nom de *négativisme;* des phénomènes de docilité auxquels s'applique le terme de *suggestibilité,* et enfin des *stéréotypies*.

Le *négativisme* se caractérise à son degré le plus léger par la lenteur, la contrainte et l'hésitation des mouvements commandés, et plus tard par une inertie et une inaction complètes. Plongés dans la stupeur, les malades restent immobiles et comme figés durant des journées entières dans la même position et opposent à tous les actes qu'on veut leur faire exécuter une résistance invincible, conséquence de leur *activité négative*.

Les manifestations de la *suggestibilité* consistent tantôt dans une simple docilité ou une sorte d'*activité imitative* des sujets, qui exécutent les actes les plus baroques qu'on leur ordonne, copient mutuellement leurs poses et leurs attitudes, conservent les positions qu'on imprime à leurs membres (*catalepsie*), répètent les mots prononcés devant eux (*écholalie*), reproduisent les gestes qu'ils voient faire (*échomimie, échopraxie*), etc.

L'affinité de ces deux groupes symptomatiques n'est pas contestable, car on les voit souvent alterner ou coexister chez les mêmes malades ; tous deux, du reste, peuvent être rapportés à un même processus psycho-pathologique fondamental, la perte de l'activité volontaire en même temps que la persistance d'une certaine activité automatique, irraisonnée et inconsciente.

La désagrégation psychique de ces sujets s'accuse encore par l'apparition des phénomènes de *stéréotypies*, qui consistent,

comme on le sait, dans la répétition incessante et indéfinie des mêmes gestes, des mêmes mots, qui s'intercalent dans toutes les phrases, des mêmes grimaces et des mêmes tics, des mêmes façons bizarres, affectées ou maniérées, de parler, de marcher, de s'asseoir, de manger, etc. A côté des stéréotypies, et comme autres manifestations de l'exagération de l'automatisme chez les déments précoces, il nous faut encore signaler leur besoin continuel de mouvements, leurs gesticulations désordonnées, sans but, sans troubles émotionnels adéquats, leur impulsivité, leurs fugues irrésistibles, leurs explosions de rires ou de pleurs, etc.

Quant aux modifications de la *sphère intellectuelle proprement dite,* elles se manifestent par des *troubles de l'attention, de la mémoire, de la réflexion, du jugement, de l'association des idées,* etc.

Les malades sont incapables de s'appliquer à aucun travail, de lire, de fixer leur esprit sur un objet. S'ils conservent, en général, assez bien le souvenir des faits anciens, ils ont complètement perdu la faculté de fixer de nouvelles images, ainsi que cela apparaît clairement dans leur *verbigération écrite* ou *parlée,* leur *jargonaphasie,* leurs *néologismes,* etc. La plupart des déments précoces (les déments paranoïdes exceptés) n'ont aucune notion du temps ; ils ne savent ni leur âge, ni le millésime de l'année ; leur langage, en outre, est d'une incohérence déconcertante, qui prouve que l'association, l'enchaînement normal des idées n'ont plus lieu que par assonance de certains mots, par des rimes, des synonymies et aussi par antithèse, par opposition, l'émission de certains mots évoquant immédiatement un mot de signification contraire.

Tels sont les principaux aspects sous lesquels peut se présenter l'affaiblissement des facultés psychiques chez les déments précoces. Cet affaiblissement constitue, ainsi que nous l'avons déjà signalé, le fondement même de la maladie, ce qui veut dire qu'il en est à lui seul la condition nécessaire et suffisante.

Lorsqu'il existe à l'état isolé pendant tout le cours de l'affection, sans conceptions délirantes, sans hallucinations, sans excitation ni dépression, on se trouve en présence d'une forme atténuée ou fruste de la maladie *(forme simple* de M. Sérieux, *hébéphrénie mitigée* de M. Christian).

Les autres variétés aujourd'hui classiques de la maladie, l'*hébéphrénie*, la *catatonie* et la *démence paranoïde*, empruntent leur dénomination à la superposition, à cet affaiblissement intellectuel, de troubles psychiques variés : *conceptions délirantes, hallucinations, états d'excitation, de dépression et de stupeur* que nous allons rapidement passer en revue.

C'est surtout dans l'hébéphrénie et dans la démence paranoïde de Kräpelin que s'observent des troubles sensoriels et des conceptions délirantes.

Ces conceptions délirantes ne présentent rien de spécial en ce qui concerne leur contenu : les plus fréquentes sont des *idées de richesse, de grandeur ou de persécution*, parfois aussi des *idées hypocondriaques, mystiques, érotiques*, etc. ; elles sont foncièrement polymorphes et asystématiques, au moins dans l'hébéphrénie et la première variété de la démence paranoïde (démence paranoïde simple), qui comprend les formes décrites en France sous le nom de *délire polymorphe des dégénérés*, de *délire d'emblée*, etc., en Allemagne sous celui de *paranoïa aiguë*. Par contre, dans la deuxième variété de démence paranoïde, — forme dans laquelle M. Kräpelin a fait rentrer tous les *délires systématisés hallucinatoires*, y compris le *délire chronique* de Magnan, — ces idées délirantes sont un peu moins mobiles, plus cohérentes et peuvent même offrir un certain degré de systématisation.

Les *réactions psycho-motrices* les plus variées (excitation, dépression, stupeur) peuvent s'observer dans toutes les formes de démence précoce, mais c'est dans la variété catatonique qu'elles jouent un rôle tout à fait prépondérant.

Ordinairement. passagers, transitoires et éphémères dans l'hébéphrénie et surtout dans la démence paranoïde, les états d'excitation, de dépression ou de stupeur peuvent, au contraire, persister sans la moindre modification pendant des semaines, des mois et des années, dans la catatonie.

L'*excitation* se traduit par un verbiage incohérent dans lequel les mots s'accolent les uns aux autres sans aucune suite (*salade de mots)*, dont certains sont employés à contresens, d'autres déformés*(jargonaphasie)*, forgés de toutes pièces *(néologismes)* ou répétés à satiété *(verbigération)*. Le désordre qu'on observe dans les discours des déments précoces excités se retrouve dans leurs attitudes, leurs actes et toute leur manière d'être.

Outre leur physionomie mobile, leurs cheveux en désordre, les femmes (visées surtout dans cette description) affectent de se montrer complètement nues, ou se drapent à l'antique dans leurs couvertures, prennent des attitudes de sphinx, de prédicateur, d'athlète, etc.

Lorsque à cette agitation motrice fait place une période de calme et de répit, les malades se dissimulent complètement sous leurs draps, le tronc et les membres repliés sur eux-mêmes, les genoux touchant souvent le menton, la tête toujours enfouie au milieu du lit.

Malgré leur calme apparent, ces aliénées diffèrent totalement de celles qui sont réellement en état de dépression ou de stupeur, parce que, à l'encontre de celles-ci, brusquement, instantanément, elles s'élancent hors de leur lit et recommencent toute la série des extravagances signalées plus haut.

Leurs compagnes en état de stupeur gardent, au contraire, invariablement la même position : levées ou couchées, elles restent durant tout le jour immobiles, raidies, figées, le plus souvent dans des attitudes pénibles ou fatigantes, la physionomie inerte, le regard vague, la tête légèrement inclinée, les bras ramenés le long du tronc, les membres tantôt résistants, impossibles à déplacer, tantôt mous, flasques et conservant les attitudes qu'on leur donne. Insensibles à toutes les excitations extérieures, les malades en état de stupeur *voient, entendent, comprennent,* et cependant elles ne répondent pas aux questions et se montrent incapables d'ouvrir la bouche, de tirer la langue, de donner la main. Place-t-on entre les mains d'une semblable patiente un crayon, un objet quelconque, elle le laisse échapper ou le tient machinalement sans chercher à se rendre compte de son usage, comme dans les cas d'abolition du sens stéréognostique. Cet état d'indifférence et d'incuriosité de la *main négativiste* est une confirmation de la loi de MM. Brissaud et P. Marie : il prouve que l'appétit de la fonction est étroitement lié à l'intégrité de son exercice et que, au moins dans le domaine de l'activité psychique supérieure, la perte des moyens d'exécution peut entraîner l'oubli même de la fonction paralysée.

Dans les cas de stupeur complète, les injonctions, les sollicitations les plus pressantes ne sont suivies d'aucune réaction motrice ou vaso-motrice. On peut alors diriger contre les

malades la pointe d'un instrument tranchant, toucher leurs globes oculaires ou la pointe de leur langue avec l'extrémité d'une aiguille sans qu'ils donnent le moindre signe de frayeur. Seule la *réflectivité automatique* persiste, la *psycho-réflectivité* fait défaut.

Ces états de stupeur, comme ceux d'excitation dont nous venons de parler, peuvent s'observer en dehors de la démence précoce, mais c'est seulement dans cette affection qu'ils se présentent sans relation avec des idées délirantes ou des hallucinations et indépendamment de troubles émotionnels.

Quand on interroge, en effet, les malades, dans leurs périodes de rémission ou dans leurs intervalles lucides, sur la raison des bizarreries de leur conduite et de leurs attitudes, ou bien ils balbutient des raisons insignifiantes, ou bien ils déclarent qu'il leur était impossible d'agir autrement; mais ce qu'ils n'avouent pas, parce qu'ils ne s'en rendent pas compte, c'est qu'ils n'en avaient ni le *désir* ni la *volonté*. Ce qui justifie encore une fois l'opinion de M. Séglas, que la seule explication plausible des symptômes catatoniques ne doit pas être cherchée ailleurs que dans le fonds mental sur lequel ils reposent : fonds commun à toutes les variétés de la maladie et caractérisé surtout par la passivité de l'esprit, la perte de l'activité intellectuelle, la lenteur des processus psychiques et l'affaiblissement progressif de la synthèse mentale.

Il nous restait maintenant, pour compléter le tableau symptomatique de la démence précoce, à passer en revue les *signes physiques* de cette affection, mais comme ils n'ont pas encore acquis une réelle valeur sémiologique, nous nous bornerons à signaler les plus fréquents. Presque tous les auteurs ont constaté *une exagération des réflexes tendineux* chez les sujets en état de stupeur ou de demi-stupeur. Par contre, les *réflexes cutanés* ont été trouvés faibles ou abolis dans la moitié environ des cas. Il en est de même des réflexes lumineux et accommodateur de la pupille. La pupille elle-même offre des dimensions variables ; dans un peu plus des deux tiers des cas, son diamètre serait exagéré.

En outre de ces modifications de la réflectivité, on observe, chez un grand nombre de déments précoces, *de la cyanose et du refroidissement des extrémités, des œdèmes localisés, des*

infiltrations particulières du tissu cellulaire des extrémités (pseudo-œdèmes de Dide), des *alternatives d'engraissement et d'amaigrissement rapides* survenant sans cause appréciable (Séglas), du *dermographisme,* des *troubles de la menstruation,* etc., etc.

Le *liquide céphalo-rachidien,* contrairement à ce qui se passe dans la paralysie générale, ne contient pas d'éléments figurés : dans quelques cas, cependant, on a noté l'existence d'une lymphocytose modérée (Camus et Lhermitte). Quant aux *urines,* elles sont généralement diminuées de volume et présentent presque toujours un abaissement de leur teneur en urée, en phosphates et en chlorures. Plusieurs auteurs ont en outre constaté un retard dans l'élimination du bleu de méthylène, ce qui semble indiquer une diminution de la perméabilité rénale.

Les signes physiques que nous venons de passer en revue sont notablement plus fréquents et plus accusés dans les formes catatoniques et hébéphréniques de la démence précoce que dans la forme paranoïde. Ils appartiennent surtout à la période d'état de la maladie et diminuent en nombre et en intensité à la période terminale.

Leur valeur sémiologique est encore actuellement difficile à préciser ; il semble bien cependant, d'après l'étude comparative qui a été faite de ces mêmes signes dans quelques autres formes d'aliénation mentale, qu'ils sont plus nombreux et plus accusés dans la démence précoce que dans les autres psychoses ; mais il faut reconnaître qu'aucun d'eux, pris isolément, ne saurait être considéré comme pathognomonique, et que c'est seulement par leur réunion et leur permanence qu'ils peuvent apporter une utile contribution au diagnostic.

Quoi qu'il en soit, la symptomatologie de la démence précoce, telle que nous venons de l'exposer brièvement, est fondée actuellement sur un nombre trop imposant de faits empruntés aux observateurs de tous les pays, pour que le plus léger doute puisse s'élever sur la réalité de cette forme morbide. Aussi bien n'est-ce pas la valeur nosographique de cette affection qui est aujourd'hui en discussion, mais uniquement son autonomie nosologique. Beaucoup d'aliénistes, en effet, tout en reconnaissant que la démence précoce ne laisse rien à désirer au point de vue symptomatique, se refusent à la considérer comme une maladie autonome et tendent à la faire rentrer dans le groupe

des *folies dégénératives* ou *héréditaires*, parce qu'elle n'a pas encore pour critérium des lésions anatomiques indiscutables ou une étiologie spéciale.

« Le problème étiologique, dit M. Gilbert Ballet, me paraît, à l'heure actuelle, le problème capital : la démence précoce est-elle une psychose *accidentelle* ou une psychose *constitutionnelle ?* Voilà le point vif de la question. Suivant la solution qui interviendra, on pourra décider si la description de la démence précoce n'est qu'une amplification nosographiquement plus détaillée de celle déjà donnée par Morel, ou si, au contraire, l'affection doit être élevée au rang d'entité nosologique nouvelle.»



On ne saurait nier que, de l'enquête étiologique faite par différents auteurs, il est encore bien difficile de tirer des indications positives sur la pathogénie de la démence précoce ; il nous semble cependant que, parmi les différents facteurs étiologiques le plus souvent invoqués, il en est deux, au moins, qui méritent de retenir l'attention.

Le premier, c'est que chez un assez grand nombre de déments précoces il existe des *antécédents héréditaires névro-psychopathiques ;* le second, que les causes accidentelles qu'on fait le plus volontiers intervenir sont toutes réductibles à un *processus d'auto-intoxication,* dont le déterminisme, à la vérité, n'a pu être encore précisé, mais que l'âge auquel la maladie se développe le plus souvent, permet de rattacher vraisemblablement à un trouble de la sécrétion des glandes sexuelles (testicules, ovaires) pour un certain nombre de cas (la grande majorité) et, pour les autres, à une insuffisance fonctionnelle des glandes hépatiques, rénales, surrénales, thyroïde, etc.

De ces deux constatations, la première, à nos yeux, signifie simplement qu'une prédisposition est indispensable au développement de la démence précoce.

A vrai dire, cette prédisposition aurait pu être admise *a priori*, personne aujourd'hui ne mettant en doute qu'une sorte de consentement de l'organisme est nécessaire pour qu'une maladie s'installe et persiste.

Dans la démence précoce, cette prédisposition pour les deux

tiers des cas, est fonction de l'hérédité; pour le dernier tiers, on peut admettre, bien que le fait ne puisse pas toujours être mis en évidence, qu'elle a été réalisée par des maladies du premier âge, une hygiène défectueuse, etc., etc. Cela étant, est-il possible d'aller plus loin et de soutenir par exemple que l'hérédité est la cause unique de la maladie ou, en d'autres termes, que la démence précoce est « une psychose de développement (Clouston) ou une psychose dégénérative d'évolution dans laquelle l'imperfection constitutionnelle, substratum primordial et préexistant, manifesterait sa fragilité sous l'influence et à un moment quelconque de la phase d'ascension de l'organisme ; elle prendrait place à ce titre parmi les psychoses des dégénérés ».

M. Régis, auquel nous empruntons ces lignes, s'élève contre cette doctrine. Tous les déments précoces, dit-il, ne sont pas des dégénérés, tant s'en faut, et tous n'ont pas succombé dans la période, même agrandie, de leur accroissement évolutif.

Non seulement tous les déments précoces ne sont pas des dégénérés, mais ce n'est que l'infime minorité d'entre eux qui peut prendre place dans cette catégorie de malades *ab ovo*.

M. Kraepelin a établi en effet que dans 20 % seulement des cas on constatait les manifestations de la tare dégénérative. De même pour M. Christian, les enfants qui doivent devenir des déments précoces ne se distinguent pas des autres ; ils ne présentent ni tics, ni perversion morale, ni bizarreries de caractère, etc.

D'autre part, le niveau mental de ces malades a été trouvé normal dans 66 % et faible dans 7 % des cas observés par M. Sérieux. Sur 100 hommes et 100 femmes atteints d'hébéphréno-catatonie, M. Aschaffenburg déclare que 18 hommes et 13 femmes seulement avaient une intelligence inférieure, sans atteindre l'imbécilité (Sérieux).

M. Levi-Bianchini est encore plus catégorique : la démence précoce, d'après lui, se développe dans la presque totalité des cas (90.4 %) sur une mentalité normale.

Enfin, M. Magnan lui-même a reconnu que les sujets intelligents, dont l'état mental avait été irréprochable pendant leur enfance et leur adolescence, pouvaient sombrer rapidement dans la démence.

On peut donc considérer comme un fait acquis que si la

démence précoce se montre chez les dégénérés, c'est seulement dans un petit nombre de cas. Cette constatation ne porte nullement atteinte à la théorie de l'auto-intoxication ; les tares dégénératives — bien qu'on ait soutenu le contraire — s'observent aussi quelquefois dans la paralysie générale et, cependant, l'origine accidentelle de cette affection n'en est pas moins proclamée par la grande majorité des auteurs. La paralysie générale, a déclaré M. Magnan, est la plus individuelle des maladies mentales.

Nous avons dit, d'autre part, que de notre enquête étiologique résultait la notion que la prédisposition, héréditaire ou acquise, avait besoin d'être actionnée par des causes accidentelles pour réaliser le syndrome clinique de la démence précoce et nous avons émis l'hypothèse que, sous le couvert de masques divers (excès, surmenages, traumatismes, chocs moraux, épuisement, etc.), ces diverses causes, en apparence complexes, formaient un seul faisceau étiologique dont tous les éléments étaient sous la dépendance d'un même processus pathogénique.

L'étiologie est, à vrai dire, impuissante à nous renseigner sur la nature de ce processus, mais peut-être nous sera-t-il possible, en faisant appel à l'anatomie pathologique, de soulever un coin du voile qui le recouvre.

***

Un point qui semble actuellement à l'abri de toute contestation, c'est l'existence d'une profonde *altération de la cellule nerveuse et de ses prolongements* dans tous les cas de démence précoce (Klippel et Lhermitte). On ne manquera pas de nous objecter que la lésion exclusive du neurone n'a pas, par elle-même, une signification absolue, qu'on l'observe dans tous les états démentiels et même dans beaucoup de psychoses.

A cette objection, nous répondrons que si la cellule nerveuse est lésée isolément, c'est qu'elle est le terrain par excellence des réactions les plus délicates et les plus précoces aux imprégnations toxiques (Dupré) et, d'autre part, qu'il n'est pas absolument démontré que les réactions défensives de l'organisme, qu'on a l'habitude d'observer dans tous les processus toxi-infectieux aboutissant à la mort de la cellule, fassent complètement défaut dans la démence précoce.

MM. Alzheimer, Nissl, Bridier et quelques autres auteurs ont noté expressément l'existence de lésions vasculaires, et aussi d'une infiltration de l'écorce par des corpuscules ronds, de dimensions variables, de nature névroglique ou leucocytaire, qui semblent jouer le rôle de neuronophages vis-à-vis de la cellule nerveuse.

Cette prolifération de la névroglie n'est, du reste, pas niée par MM. Klippel et Lhermitte, mais ils la relèguent au second plan, parce qu'elle était circonscrite et limitée dans les cas qu'ils ont examinés ; mais si cette prolifération n'était pas plus abondante, il faut peut-être en chercher la cause dans la brusque interruption de l'affection par une maladie intercurrente, ainsi que le fait s'est produit chez trois des quatre malades dont ils ont examiné les centres nerveux.

Après les réserves cliniques que nous venons de faire, il est peut-être un peu téméraire d'affirmer avec ces auteurs que dans la démence précoce « la lésion localisée à l'un des tissus de l'encéphale demeure comme un fait indiscutable... et qu'il y a par là une lésion qui appartient à la démence précoce et non à certaines autres démences ».

Dans l'état actuel de la question, nous croyons inutile d'insister davantage sur l'interprétation que sont susceptibles de recevoir des altérations dont le siège, la nature et l'étendue prêtent encore à discussion.

Ce qu'il nous est seulement permis de retenir, en nous en tenant aux constatations les plus récentes, c'est l'analogie — pour ne pas dire la complète identité — de ces lésions avec celles de psychoses dont l'origine toxi-infectieuse ne fait plus de doute pour personne, comme la confusion mentale et la psychose polynévritique (G. Ballet). Dans ces deux ordres de faits (psychose polynévritique et confusion mentale d'une part, démence précoce de l'autre), on note la même intégrité des méninges et des vaisseaux, la même absence de lésions notables de la névroglie, la même localisation du processus à la cellule nerveuse dont les angles sont arrondis, les prolongements plus grêles, le protoplasma granuleux, le noyau excentriquement déplacé, etc.

Il semble donc que, d'ores et déjà, on soit en droit, au nom de l'anatomie pathologique, de distinguer la démence précoce des folies dites dégénératives et de la rattacher avec M. Kraepelin au groupe des maladies mentales dues à une auto-intoxication.

Après les considérations qui précèdent, on nous pardonnera d'être bref sur les arguments cliniques qui peuvent être invoqués à l'appui de l'origine auto-toxique de la démence précoce.

A considérer seulement la lente évolution de la maladie, qui n'aboutit à la perte complète des facultés qu'après une série de crises paroxystiques et de rémissions, on ne peut se défendre de penser à l'intervention d'un processus toxique qui procède par poussées et n'envahit que progressivement, d'une façon inégale et intermittente, l'ensemble des territoires psychiques.

En faveur de cette hypothèse militent encore les accès fébriles, les crises convulsives, les états cataleptoïdes, etc., et, dans le même ordre d'idées, les états de confusion, d'engourdissement, de torpeur, d'onirisme et de puérilisme qui donnent à la maladie un cachet si spécial. Mais comme il n'y a là, en réalité, que des présomptions, mieux vaut se cantonner sur le terrain anatomique.

Or, l'histopathologie actuelle de la démence précoce, même réduite aux constatations de MM. Klippel et Lhermitte, tend à faire admettre l'existence d'une altération de la substance grise du cerveau, et principalement des zones d'association, par des poisons vraisemblablement d'origine glandulaire.

Nous conclurons donc en disant que la démence précoce, tout en restant soumise, dans les mêmes limites que la paralysie générale, à l'inéluctable loi de la prédisposition héréditaire et acquise, est, au même titre et dans la même mesure que cette dernière affection, une *maladie fortuite* et *accidentelle*.

*
* *

Après l'exposé qui vient d'être fait des raisons qui nous empêchent d'envisager la démence précoce comme une affection secondaire ou consécutive à certaines psychoses, fût-ce même à la confusion mentale (Régis), et par conséquent d'admettre la théorie de la *démence vésanique rapide,* il nous reste à examiner si la conception de la *démence vésanique tardive* est plus justifiée.

Pour cela, nous examinerons séparément les trois grands groupes d'états démentiels consécutifs : 1° *aux folies généralisées* (manie, mélancolie, etc.) ; 2° *aux psychoses dites des dégénérés* (délire d'emblée, délire polymorphe, paranoïa aiguë, etc.) ; 3° *aux folies systématisées chroniques.*

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître que la *manie* et la *mélancolie* dites *essentielles* ne peuvent plus être considérées comme des entités morbides et que, par ces mots, on désigne de simples états syndromiques pouvant toujours être rattachés à la folie maniaque-dépressive, à la paralysie générale, aux folies toxiques, à la démence précoce, à la confusion mentale, etc. Sur 1.000 maniaques suivis pendant de longues années, dit M. Kraepelin, je n'en ai observé qu'un seul qui n'ait pas eu de récidives.

Le même auteur et, après lui, M. Sérieux, M. Capgras, etc., ont également établi que la mélancolie n'existait, en tant qu'affection autonome, que comme manifestation des processus organiques d'involution sénile et que les états mélancoliques observés pendant la jeunesse ou l'âge adulte étaient tous justiciables de la folie maniaque-dépressive ou de la démence précoce, quand ils n'étaient pas liés à la paralysie générale ou aux folies toxi-infectieuses. La manie et la mélancolie perdant ainsi toute valeur en tant que types nosologiques, on voudra bien reconnaître qu'il ne saurait y avoir à proprement parler de démences post-maniaques ou post-mélancoliques.

Y a-t-il lieu de conserver les démences consécutives aux états dits dégénératifs décrits sous le nom de *délires d'emblée* ou *polymorphes,* de *paranoïa aiguë,* etc. ?

De l'avis de tous les auteurs, la terminaison habituelle de ces états serait la guérison. Nous n'y contredirons pas, mais il faut avouer que ces prétendues guérisons ne visent que l'épisode délirant et les troubles sensoriels qui l'accompagnent. Le plus souvent, les maladies sortent de leurs accès délirants, diminués intellectuellement.

Mais comme leur niveau mental déjà faible congénitalement était inconnu du médecin qui les traite, ce déficit passe inaperçu, et alors deux éventualités peuvent se produire : ou les malades quittent l'asile pour y rentrer bientôt avec des accidents analogues qui, eux-mêmes, disparaissent à leur tour, et ce n'est souvent qu'après trois ou quatre paroxysmes délirants — dont on méconnaît ordinairement, du reste, les liens de parenté — que l'état démentiel éclate à tous les yeux ; ou bien les accalmies ne sont pas assez franches pour que le malade quitte l'asile, et au bout de quelques semaines ou de quelques mois les manifesta-

tions délirantes se reproduisent et évoluent pour ainsi dire d'une seule traite vers la démence définitive et incurable.

Dans les deux cas, il ne s'agit donc pas réellement d'une démence secondaire ou terminale, mais d'une démence primitive, protopathique, précoce, momentanément masquée par des phénomènes délirants : ceux-ci sont sujets à des rémissions et peuvent même disparaîtré tout comme dans la paralysie générale, mais le déficit mental sur lequel ils sont greffés est permanent et s'accentue progressivement pour aboutir au bout de plusieurs années à la perte complète de l'intelligence.

Parfois, du reste, les caractères cliniques de ce déficit intellectuel, qui s'affirme encore par des actes baroques, des tics, des stéréotypies, du négativisme, du collectionisme, des soliloques, de la verbigération, etc., ne laissent aucun doute sur son origine démentielle.

Restent les *délires systématisés chroniques*. Beaucoup d'auteurs estimaient autrefois que ces psychoses ne se terminent jamais par la démence. On se rappelle l'opposition qu'a rencontrée M. Magnan pour faire accepter la période démentielle de son délire chronique à évolution systématique. L'effacement du délire, sa cristallisation, l'indifférence des malades étaient mis sur le compte de leur long internement et de l'inutilité reconnue par eux de leurs affirmations délirantes.

Ces faits ne sont plus aujourd'hui envisagés de la même façon : il est nombre de cas, dit M. Séglas, en parlant des délires systématisés, surtout des variétés dites hallucinatoires, qui arrivent à une démence véritable, bien qu'incomplète et de caractères particuliers. MM. Sérieux et Masselon admettent également que les *délires systématisés hallucinatoires* aboutissent plus ou moins tardivement à l'affaiblissement intellectuel ; mais, sans se prononcer d'une façon catégorique, ces auteurs hésitent cependant à faire rentrer les états d'affaiblissement intellectuel consécutifs aux délires systématisés hallucinatoires dans la variété paranoïde de la démence précoce. Pour eux, il s'agirait bien là d'une démence secondaire méta ou post-vésanique. Voilà en somme à quoi se réduirait le vaste groupe des démences vésaniques que tous les auteurs font encore figurer dans leurs classifications.

Faut-il se ranger à l'opinion de M. Séglas et de M. Sérieux, ou adopter celle de M. Kraepelin qui soutient que toutes les variétés hallucinatoires de la paranoïa, y compris le délire chronique de Magnan, doivent être considérés, au moins à titre provisoire, comme appartenant à la démence précoce ?

En ce qui nous concerne, nous nous sommes déjà expliqué ailleurs sur cette question, nous n'y insisterons donc pas. Voici cependant quelques-uns des arguments qui peuvent être invoqués en faveur de la théorie de M. Kraepelin.

Pour juger du niveau intellectuel des malades atteints de délires systématisés chroniques, il faut étudier le contenu de ces délires qui, comme on le sait, est presque toujours à base d'idées hypocondriaques, de persécution ou de grandeur.

Or, de l'avis de tous les auteurs, de semblables idées ne peuvent se développer qu'à la faveur d'un affaiblissement congénital ou acquis, temporaire ou permanent, des facultés ; leur fréquence, en dehors de la folie systématisée, chez les imbéciles, les débiles et les déments de toute espèce le prouve suffisamment pour que nous n'ayons pas besoin de nous arrêter sur ce point. Il est vrai que les mêmes auteurs insistent à l'envi sur les caractères différents que présentent ces idées dans les affections que nous venons de citer (imbécilité, débilité mentale, paralysie générale, etc.) et dans la paranoïa.

Pour démontrer la conservation relative de l'activité intellectuelle chez les paranoïaques, on invoque surtout la systématisation de leur délire ; leurs conceptions fausses, dit-on, s'enchaînent et se relient les unes aux autres ; seul, le point de départ de ces conceptions repose sur une fiction, mais celles-ci sont logiquement déduites les unes des autres et on en conclut à l'intégrité des facultés syllogistiques de ces malades.

En réalité, la systématisation des idées chez ces sujets est loin d'être aussi inattaquable qu'on l'admet généralement (je rappelle qu'il ne s'agit ici que des variétés hallucinatoires de la paranoïa) ; l'échafaudage en est le plus souvent fragile et chancelant ; mais, en admettant même le parfait agencement de ces échafaudages délirants, il est bien évident qu'ils ne peuvent s'édifier qu'à la faveur d'une crédulité et d'une perte complète de la faculté autocritique, qui sont les témoins irrécusables d'un affaiblissement préalable des facultés.

Cet affaiblissement, dira-t-on, est congénital, il n'est pas

acquis, il n'est donc pas démentiel. Il est probable qu'en réalité, il est l'un et l'autre. En tout cas, M. Magnan a signalé l'existence de délires systématisés, en apparence purs de tout mélange, chez des paralytiques généraux. Son élève M. Pécharman a également relevé plusieurs cas de délire systématisé chez des vieillards, c'est-à-dire chez des sujets dont le cerveau est en voie de régression athéromateuse. Délire systématisé et démence ne peuvent donc pas être considérés comme deux termes ennemis, contradictoires.

D'autre part, la superposition si fréquente des idées de grandeur aux idées de persécution chez les paranoïaques n'est-elle pas la preuve irrécusable des progrès de leur amoindrissement intellectuel ? Et la cristallisation elle-même de leurs conceptions délirantes, qui tournent dans un cercle de jour en jour plus étroit, se reproduisent constamment identiques à elles-mêmes, qui sont *stéréotypées,* comme on disait autrefois, ne constitue-t-elle pas un nouvel argument à l'appui de la thèse que nous défendons? La stéréotypie délirante des délirants chroniques est évidemment un phénomène du même ordre que la stéréotypie verbale des déments précoces ; cette répétition monotone des mêmes mots dans un cas, des mêmes idées dans l'autre, ne peut être que le fait d'un effacement progressif des images mentales et de la fixation isolée, automatique, de quelques-unes seulement d'entre elles dans le champ de la conscience (Masselon), ce qui revient à dire que la démence est le substratum de ces stéréotypies.

Telles sont les principales raisons qui nous semblent justifier l'introduction dans le cadre de la démence précoce de la plupart des délires systématisés hallucinatoires chroniques.

En s'appuyant sur ces considérations purement cliniques, on serait donc en droit de nier aujourd'hui la réalité des *démences* dites *vésaniques* ou *secondaires,* mais d'autres raisons peuvent encore être invoquées en faveur de cette thèse.

Depuis longtemps, l'anatomie pathologique avait devancé sur ce point la clinique en établissant l'existence, dans tous les cas de démence chronique, de lésions matérielles de la corticalité cérébrale, et en montrant que l'intensité de ces lésions était toujours en rapport avec la gravité des symptômes ; il est donc bien difficile, pour tout esprit non prévenu, de ne pas admettre

un rapport de causalité entre ces lésions et le tableau symptomatique de la démence.

M. Pierret, le premier en France, a soutenu cette doctrine, qui a été confirmée depuis par un grand nombre d'observateurs.

La démence, quelle que soit son origine, dit M. Nissl, a toujours un substratum anatomique objectivement démontrable : toutes les démences sont donc foncièrement *organiques* et diffèrent seulement entre elles par le degré d'intensité du processus de destruction cellulaire du cortex.

A la vérité, MM. Klippel et Lhermitte ont essayé récemment d'établir une ligne de démarcation entre les démences organiques et les démences vésaniques, en se fondant sur la différence de localisation des lésions respectives de ces deux groupes d'états démentiels.

D'après cette théorie, « les délires et les démences dites organiques auraient pour caractère anatomique d'atteindre l'ensemble des tissus qui composent l'encéphale et à côté des lésions du neurone et de la névroglie (tissu neuro-épithélial) d'entraîner celle des éléments vasculo-conjonctifs (leucocytes, endothéliums vasculaires, cellules conjonctives).

» Les délires et les démences vésaniques seraient liés aux lésions dites fonctionnelles et à l'atrophie du neurone, tandis que les autres tissus de l'encéphale, à part parfois la névroglie, ne participeraient pas aux lésions ».

On remarquera qu'à cette différence de siège des altérations ne correspond aucune différence de nature. Il s'agit toujours de lésions destructives avec désintégration plus ou moins complète de la cellule, mais tandis que l'élément noble est seul intéressé dans un cas, dans l'autre sa gangue vasculo-conjonctive participe au processus.

Dans ces conditions, est-on réellement fondé à séparer aussi nettement des affections qui, reconnaissant un même substratum, ne diffèrent que par son étendue ? D'autres répondront et, pour commencer, voici déjà l'opinion de M. Pierret sur la question : « De toutes les lésions observées au cours des démences, écrit son élève M. Bridier, la plus constante est celle de la cellule corticale. Il ne s'agit pas seulement d'une lésion banale telle que la chromatolyse, mais de la destruction de l'élément et de son remplacement par des amas de noyaux ou tout au moins par une dégénérescence granulo-pigmentaire », et plus loin : « Au point

de vue anatomo-pathologique, on ne peut faire de distinction entre les démences organiques et les démences vésaniques. »

La clinique nous ayant déjà fourni la même réponse, c'est à cette conclusion que nous nous rallierons, d'autant plus qu'elle est basée non pas sur l'examen de quelques cas de démence précoce, comme celle de MM. Klippel et Lhermitte, mais sur un ensemble de faits comprenant les principaux types de démences classiques, y compris les anciennes démences aiguës, curables d'Esquirol (confusion mentale, stupidité, etc.), que nous n'avons pu étudier ici sous peine de passer en revue toute la pathologie mentale.

Abstraction faite de ces démences aiguës, nous avons essayé d'établir que l'ancien groupe disparate et hétérogène des démences dites vésaniques ou secondaires ne pouvait plus être maintenu dans les classifications psychiâtriques ; parmi ces démences, il en est d'abord plusieurs qui doivent forcément disparaître, puisque les psychoses dont elles constituaient le stade terminal ont perdu leur autonomie ; telles sont les démences consécutives aux folies simples, la démence maniaque, la démence mélancolique, etc. Quant aux deux autres groupes de démences vésaniques, celles qui sont consécutives aux prétendues psychoses dégénératives, aux délires systématisés aigus ou chroniques (variétés hallucinatoires), etc., elles ressortissent toutes aux différentes formes de la démence précoce, et, par conséquent, appartiennent à la catégorie des démences primitives.

Défalcation faite des démences toxiques et des démences névrosiques qui ne rentrent pas dans le cadre de ce travail, on pourrait, en s'appuyant sur ces données, essayer de grouper au moins provisoirement les démences organiques (y compris les anciennes démences vésaniques) en deux grandes classes : celles qui sont dues à des *lésions circonscrites, solitaires* ou *multiples,* et celles qui reconnaissent pour cause des *lésions diffuses et généralisées d'emblée ;* cette seconde classe pourrait elle-même être subdivisée en deux groupes, à la vérité artificiellement séparés, suivant qu'il s'agit de lésions *aiguës* ou *chroniques, réparables* ou *destructives.*

Ce classement permettrait de réserver une place aux anciennes démences aiguës curables qui, nées dans notre pays, ont au

moins autant de peine à s'y acclimater aujourd'hui que la démence précoce.

M. Arnaud remercie M. Deny de son rapport si clair et si intéressant.

Discussion du Rapport sur les Démences Vésaniques et Communications qui s'y rapportent.

D[r] V. PARANT, *Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Saint-Cyprien, à Toulouse.*

La question de pathologie mentale mise à l'ordre du jour du présent Congrès concernait « les démences vésaniques ». Le rapport que M. le D[r] Deny a fait aboutit à peu près aux conclusions suivantes : « Il n'y a pas de démences vésaniques ou, pour mieux dire, ce à quoi jusqu'ici on a donné ce nom, n'ayant, par soi-même, aucune existence propre, n'étant que la terminaison de certaines vésanies, doit être décrit en même temps que chacune de celles-ci et disparaître des descriptions didactiques sur les maladies mentales. D'autre part, il y aurait une entité morbide à laquelle on a proposé de donner le nom de démence précoce qui, englobant un certain nombre de manifestations décrites jusqu'ici isolément les unes des autres, devrait désormais être considéré comme la démence vésanique par excellence, prenant la place de tout ce qu'elle fait disparaître en se l'assimilant. »

La première partie de ces conclusions ne donne lieu, dans le rapport de M. le D[r] Deny, qu'à de courtes considérations qui, d'une manière générale, sont justes. On peut cependant leur objecter que si la démence est la terminaison de diverses vésanies, il peut être utile de la décrire isolément, afin d'y coordonner les manifestations communes à toutes les vésanies d'où elle provient et éviter ainsi des redites fastidieuses.

Par contre, le rapport s'étend longuement sur ce qu'on propose d'appeler la démence précoce; il lui est consacré presque en entier. Nous devons donc le suivre là où il a voulu nous mener et voir ce que vaut ce dont il nous parle.

La conception dont il s'agit est d'origine allemande. On a

déjà beaucoup écrit sur elle et ce que j'en connais m'a laissé l'impression qu'on ne s'entendait guère à son sujet.

Ce n'est pas la première fois que pareille difficulté se présente relativement à des conceptions provenant de même source. Il en a été de même, notamment, pour ce qu'on a appelé la paranoïa. Que fallait-il entendre par ce terme, qu'à mon avis on a eu grand tort d'introduire dans la terminologie française des maladies mentales ? Si je ne me trompe, on a pu rencontrer sous ce nom une dizaine de formes morbides différentes, et je ne suis pas bien sûr qu'il n'y en eut pas davantage.

L'embarras est non moindre avec la soi-disant démence précoce. Tout d'abord, cette dénomination s'est appliquée seulement à ces états que M. le Dr Christian, de Charenton, a remarquablement bien décrits sous le nom d'hébéphrénie. *(Annales Médico-Psychologiques, 1899.)*

Mais elle s'est étendue ensuite et nous avons vu survenir successivement, les unes après les autres, presque d'année en année, des conceptions diverses où l'hébéphrénie, la catatonie, la stupeur, d'autres phénomènes encore, s'y accommodaient de diverses manières et où le champ de cette soi-disant démence précoce s'étendait à de vastes limites. On discutait beaucoup à ce propos ; mais les discussions, loin d'éclaircir la situation, n'arrivaient plutôt qu'à l'embrouiller, et nous avons pu voir, par l'exposé que M. le Dr Claus a fait au Congrès de Médecine mentale de Bruxelles, dans son rapport sur la catatonie, que les opinions diverses émises de divers côtés sur ce phénomène qui est présenté comme un des éléments importants de la démence précoce arrivent en réalité à une confusion très grande.

Pouvait-il, du reste, en être autrement, alors que celui qu'on peut appeler le père de la conception nouvelle, Kraepelin, en variait lui-même l'exposé avec chaque nouvelle édition de ses œuvres, y ajoutant chaque fois quelque élément nouveau, sans paraître bien examiner s'il avait avec les autres éléments des affinités réelles. Et peut-être même n'est-il pas encore au bout de ses variations, puisque nous apprenons par le rapport de M. le Dr Deny que, dans une toute récente édition, il a encore modifié les données des éditions précédentes. Son objectif principal paraît être d'englober, sous le nom de démence précoce, le plus grand nombre possible des états divers envisagés et décrits

jusqu'ici isolément les uns des autres, et de réduire à l'état de simple symptôme ce que l'on considérait comme étant en soi-même une maladie.

On donne, il est vrai, cette extension comme un progrès. On fait entrevoir la simplification qu'elle est susceptible d'apporter dans la connaissance et la description des maladies mentales. Jusqu'où donc une simplification de ce genre, qui en réalité méconnaît la valeur intrinsèque des choses et les données de l'expérience d'un long passé, n'est-elle point susceptible de nous mener ? Pourquoi n'aboutirait-elle point un jour à faire dire qu'il n'y a que trois termes dans la folie : celui des premiers âges de la vie, englobé tout entier dans ce qu'on a décrit sous le nom de démence précoce ; celui de l'âge mûr que l'on pourrait appeler démence intermédiaire ; enfin, celui du déclin de l'existence, auquel on donnerait le nom de démence tardive. Quelle merveilleuse simplification ! Elle dispenserait d'approfondir des problèmes étiologiques souvent bien difficiles à résoudre ; elle réduirait le diagnostic à sa plus simple expression.

On trouvera peut-être que parler ainsi c'est trop faire du badinage et ne pas traiter sérieusement une affaire qu'on présente avec sérieux. Mais qu'on veuille bien y regarder de près et l'on verra qu'en somme ce badinage n'est point tout à fait hors de propos.

Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait pas des cas de maladie mentale auxquels on ne puisse donner le nom de démence précoce, et cela peut s'entendre de deux manières : ou bien qu'il s'agisse de malades de n'importe quel âge dont la maladie aboutisse rapidement à la démence, ou bien qu'il s'agisse uniquement de sujets jeunes, avant l'âge de vingt ans, si l'on veut, puisque cet âge a été pris comme terme qui, après une enfance et une jeunesse en apparence normales, et pour des causes indépendantes même, autant qu'on puisse en juger, de toute influence héréditaire, deviennent aliénés et après avoir présenté des manifestations délirantes diverses, peut-être même aussi quelquefois, mais rarement, sans avoir eu de ces manifestations, tombent rapidement dans la démence et l'incurabilité. Ce sont ces cas dont M. le D[r] Christian a fait l'histoire. Ce sont aussi les seuls, ou à peu près, que Kraepelin ait eus en vue lorsqu'il a commencé à parler de démence précoce.

Le nombre en est-il grand ? La solution de cette question peut dépendre beaucoup de la manière d'envisager les choses. Si je m'en rapporte aux faits que j'ai eu à observer dans les dix dernières années, je vois que sur 390 aliénés, 58 avaient moins de 25 ans ; que sur ces 58, il n'y en a guère que 13 pour lesquels on puisse prononcer le mot de démence précoce. Les autres étaient ou des imbéciles, ou des malades dont la folie a mis longtemps à évoluer vers la démence, ou enfin des cas de guérison. Cela fait donc un peu moins de 4 °/₀ du total des cas observés, et environ 25 °/₀ des individus âgés de moins de vingt-cinq ans. En ce qui me concerne, je ne vois pas là une indication de la grande multiplicité que quelques-uns sont disposés à accorder aux cas qui nous occupent.

Si, par démence précoce, on se bornait à entendre ces faits sans avoir la prétention de fonder sur eux toute une doctrine, il n'y aurait pas matière à discussion et l'on pourrait aisément se mettre d'accord.

Mais il n'en est pas ainsi. Voici en effet que, sous le nom de démence précoce, on présente tout autre chose. On veut donner ce nom à une sorte d'entité, englobant des états de nature très diverse et dont le disparate est si grand que, sauf l'incurabilité, on ne voit pas quels rapports ils ont les uns avec les autres ; on dit d'ailleurs que l'évolution de la maladie peut être longue, même avant l'apparition de la démence ; vraiment, est-ce alors de la démence précoce ? on dit encore que cette soi-disant démence précoce est curable et quelle peut ne pas arriver à l'effondrement des facultés mentales ; pourquoi donc alors appelle-t-on cela de la démence ?

Nous sommes ainsi du premier coup en face de difficultés qui naissent autant des mots que des choses et c'est à se demander si, en étudiant leurs travaux, nous avons bien compris les allemands, ou bien encore, qu'on pardonne de le dire, si les allemands se sont compris eux-mêmes. Toujours est-il que, dans notre langue française, le mot démence a pris, dans la nosographie des maladies mentales, une signification bien déterminée et qu'il veut dire l'abolition, la perte des facultés mentales.

Mais passons sur les mots ; parfois une dénomination défectueuse peut, si elle est bien comprise, exprimer une notion juste. Il en est ainsi du terme paralysie générale. Voyons si

derrière ce mot de démence précoce, tel qu'il semble nous venir de l'école allemande, il y a une notion qu'il faille accepter.

La maladie, nous dit-on, a pour essence même, et pour manifestation primordiale, la démence ou perte des facultés mentales; cette perte existe à l'origine même de la maladie ; elle en est le substratum nécessaire. Elle en est aussi le seul élément essentiel. Tout ce qui peut survenir en dehors d'elle, manifestations délirantes diverses, états d'excitation ou de dépression, confusion mentale, stupeur, n'est qu'accessoire. On convient bien que, dans bon nombre de cas, si ce n'est même dans tous, ces manifestations occupent le premier plan de la scène morbide et impriment à la maladie un cachet tout spécial, mais néanmoins on les déclare accessoires ; elles pourront disparaître et, quand elles auront disparu on n'aura plus devant soi que le signe fondamental, l'affaiblissement, la perte des facultés mentales, la démence.

Ces deux propositions, à vrai dire, sont bien les idées maîtresses de la doctrine ; elles présentent pour cela un intérêt spécial ; si elles sont inattaquables, la doctrine est solide. Il convient donc de les bien examiner : elles se tiennent d'ailleurs d'une manière intime ; la seconde est la raison d'être de la première, et si l'une est injustifiée, l'autre l'est tout autant.

En réalité, qu'on y fasse attention ; il n'est donné aucune preuve que la démence est nécessairement primitive et primordiale, ou du moins s'il y a quelques faits cliniques dans lesquels on puisse admettre qu'il en est ainsi, ils sont rares ; on convient même qu'ils sont tout à fait exceptionnels. Ces faits consisteraient dans une évolution morbide où on n'aurait observé aucun des phénomènes dits accessoires, et où, par conséquent, l'influence éventuelle de ceux-ci ne pourrait être mise en cause.

Peut-on, sur des faits exceptionnels, baser une conception générale ? Ce serait une base fragile et suspecte. Pour ce qui est des faits en question, je n'en ai, quant à moi, jamais observé. Si je m'en rapporte aux treize cas relevés chez ceux de mes malades que j'ai cru pouvoir rattacher à la discussion présente, je vois que chez tous il y a eu, au début, d'une manière plus ou moins accentuée, plus ou moins prolongée, de ces manifestations dites accessoires et elles étaient d'une importance assez grande pour attirer d'abord seules l'attention.

Mais en dehors de ces faits exceptionnels, on ne donne vraiment aucune preuve que dans les autres la démence soit réellement primitive. On convient d'ailleurs que l'essence même de cette démence est obscure ; que les recherches anatomiques n'ont produit rien de caractérisé ni de démonstratif ; que ni du côté des neurones, ni du côté des grandes cellules pyramidales, non plus que du côté de la névroglie, on n'a trouvé d'altérations constantes, certaines. Et, comme d'autre part, ni l'étiologie, ni la clinique ne permettent de faire la démonstration de cette soi-disant primordialité de la démence, il reste que les allégations produites à ce sujet sont purement hypothétiques.

Une des préoccupations que l'on semble avoir est d'assimiler ce qu'on nomme la démence précoce à la paralysie générale, ou du moins de les mettre toutes deux en parallèle. Mais cette visée est injustifiée, puisque dans la paralysie générale il y a des altérations anatomiques certaines, qu'on peut suivre en quelque sorte dans toute leur évolution et qui rendent bien compte de la déchéance mentale progressive, alors qu'ici on ne rencontre rien de semblable et que, même souvent, dans les cas allégués, tous les éléments anatomiques du cerveau semblaient intacts.

On peut se demander si ce n'est pas pour échapper à la faiblesse, à la nullité des arguments directs qu'on en a pris d'indirects, et qu'on a soutenu que les autres manifestations, agitation, dépression, stupeur, etc., regardées généralement jusqu'ici comme primordiales, n'étaient que secondaires et accessoires. Mais ici, non plus, on ne donne pas de preuves. On affirme, on ne fait rien autre chose. En pareil cas, des affirmations ne sont pas des raisons démonstratives suffisantes.

Et de fait, il est aisé de voir à quel point il serait important de faire admettre ces affirmations comme des certitudes. Car si les manifestations dont il s'agit, au lieu d'être simplement accessoires, sont tout autre chose, il faut nécessairement admettre qu'elles exercent leur influence sur l'évolution de la maladie et que, dans les cas où la déchéance mentale survient, c'est la persistance de ces manifestations, leur intensité, leur nature, qui en ont été la cause. Alors cette déchéance, loin d'être primitive, doit, à bon droit, être considérée comme consécutive ; elle est le résultat non de l'altération, de la destruction de la cellule cérébrale ou du neurone, mais de leur épuisement ;

ce qui expliquerait pourquoi, dans le plus grand nombre des cas, on n'a trouvé aucune altération appréciable de ces éléments et que par conséquent il s'agit, non d'une démence vésanique primaire, mais d'une démence vésanique secondaire, formée et développée de la même façon que d'autres démences vésaniques.

De ce que nous venons de voir il ressort, qu'en fin de compte, le point sur lequel porte maintenant tout entière la doctrine de la démence précoce, c'est sur la valeur que l'on doit attribuer aux manifestations autres que la démence. Sont-elles accessoires ? Sont-elles essentielles ? et, dans ce dernier cas, indépendantes de la démence qui, elle-même, en serait non l'occasion, mais la résultante ?

On convient, nous l'avons vu, que ces manifestations occupent presque toujours le premier plan de la scène, qu'elles sont la manifestation initiale de la maladie à laquelle elles donnent, suivant leur diversité, une allure spéciale. Si elles ont une telle action, à quoi la doivent-elles ? On ne l'examine pas et, cependant, cela aurait bien son importance. Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de comprendre comment des phénomènes qui, ouvrant la scène, sont les seuls que d'abord on puisse constater qui, se présentant dans des conditions où ils ont bien l'air d'être toute la maladie, n'aient dans celle-ci qu'un rôle épisodique et accessoire.

En soutenant que ces manifestations ne sont qu'accessoires, on fait, en vérité, bon marché, à ce qu'il me semble, de leur étiologie et des conditions diverses dans lesquelles elles se produisent ; on passe bien aisément par dessus l'un des problèmes les plus obscurs de la pathologie, à savoir celui de la diversité des effets sous l'action d'une même cause. Comment des influences identiques, des forces pathogéniques équivalentes, ici l'hérédité, là une auto-intoxication, ailleurs l'affaiblissement physique, peuvent-elles, suivant les individus, et sans doute aussi suivant les circonstances, avoir des effets divers ? Pourquoi déterminent-elles ici de la dépression mélancolique, là de l'excitation maniaque, ailleurs de la confusion mentale, ou quoi que ce soit ? Pourquoi encore l'évolution d'une maladie, à la suite de ces divers états, peut-elle être diverse suivant les individus, permettant à l'un d'aborder à la guérison, alors qu'un autre restera incurable ? Pour se tirer d'embarras, suffit-il de

dire que toutes ces manifestations ne sont qu'accessoires, épisodiques, alors que cependant le fait même de leur diversité, avec une origine unique, les allures particulières à chacune d'elles, leurs terminaisons variées, sont plutôt le témoignage de leur individualité et les montre comme les enfants d'un même père dont chacun a sa personnalité distincte.

Quoi que prétende la nouvelle doctrine, ce qui me paraît être la preuve que les manifestations dont il s'agit constituent l'essence de la maladie, peuvent la constituer à elles seules, et qu'ainsi elles sont primordiales et non secondaires, c'est que, suivant les cas, elles ont des conséquences bien différentes les unes des autres, conséquences qui montrent qu'au lieu de suivre ou d'accompagner la démence elles peuvent la précéder de beaucoup, ou encore qu'elles peuvent évoluer sans qu'il y ait même aucune marque de démence. On ne peut nier, en effet, qu'elles ne puissent se terminer de trois manières : ou bien par un acheminement rapide vers la démence, ou bien par un acheminement très lent, alors que les malades traversent des états de délire qui ne sont aucunement la démence, ou enfin par la guérison.

Ce n'est pas sans un très grand étonnement qu'on entend dire qu'il faut considérer comme démence précoce les cas sur lesquels M. le Dr Anglade a fait, au Congrès de Marseille, un rapport d'une grande portée, où l'on voit que des délires systématisés, appelés alors secondaires, peuvent succéder à des accès de manie, de confusion mentale, ou d'autre chose, alors que dans ces délires, dont l'évolution peut être aussi longue et auss lente que celle des délires systématisés primitifs, la démence, ce qu'il faut appeler la démence, peut faire défaut pendant bien des années. Dire, dans des cas de ce genre, que la démence est précoce, c'est jouer sur les mots, à moins que, pour se tirer d'affaire, on n'en arrive à dire que dans l'intervalle elle a été latente.

En fin de compte, ce qui démontre d'une manière péremptoire que les états dont il s'agit ont une existence propre, une autonomie entière, c'est que, après avoir été eux-mêmes toute la maladie, ils peuvent aboutir à une guérison sincère, solide et définitive. Je sais bien que les inventeurs de la nouvelle doctrine ne s'embarrassent pas pour si peu et que, pour éviter d'envisa-

ger la signification des faits de guérisons, ils admettent que la démence précoce est curable. Est-il besoin d'insister sur l'antinomie qu'il y a à présenter comme curable une maladie dont on dit que l'essence même, le signe fondamental, serait la déchéance et la perte plus ou moins complète de l'intelligence ; ou bien, sans aller aussi loin, on insinue encore que les manifestations que nous considérons ici comme primordiales sont rarement curables, qu'elles sont sujettes à récidives. D'après Kraepelin on n'observerait qu'un seul cas de guérison de la manie sur mille. Ce seul cas prouverait à tout le moins que la guérison est possible, et l'argument, dans son genre, aurait autant de valeur que celui qui consiste à affirmer d'après des faits très exceptionnels, sans manifestations autres que la démence, que dans le cas où il y a autre chose que la démence, celle-ci néanmoins est toujours primitive.

Il est pourtant certain que les guérisons de ces états sont nombreuses, guérisons certaines, solides, durables, sans aucun amoindrissement de l'intelligence. Il n'est pas un aliéniste qui n'en ait observé un bon nombre. Et lorsque les guérisons sont anciennes, on ne peut guère leur opposer l'éventualité de rechutes qui, du reste, ne prouveraient nullement par elles-mêmes la primordialité de la démence. Je pourrais, pour mon compte, citer bien des cas démonstratifs. En ce moment, je vois de temps à autre une dame qui vient prendre des nouvelles d'une de mes malades. Elle a eu, il y a trente ans, un accès de mélancolie dont elle s'est parfaitement bien tirée et qui n'a pas récidivé. Je vois aussi quelquefois une jeune femme que j'ai eu à soigner il y a huit ans; elle n'était alors pas mariée. Elle a passé par ce que j'appelle manie aiguë franche, désordre des actes, désordre des idées, agitation incessante, délire inconsistant. Cette manie a duré cinq mois pour aboutir à ce que j'ai considéré comme une guérison. Elle n'a pas eu de rechute. Depuis son mariage elle a eu un enfant, et si je la vois aujourd'hui, c'est qu'elle vient me parler de son mari qui verse dans la paralysie générale. En cette occurrence douloureuse, elle ne se comporte ni en affaiblie, ni en déprimée, ni en démente ; elle fait face, avec décision, à des difficultés, à des embarras d'affaires qui sont fort embrouillées. Prétendra-t-on qu'elle a eu de la démence précoce ? Et que dire de ces cas, qui sont comme des paradoxes, dont j'ai parlé dans

un discours que j'ai prononcé à la Société de Médecine de Toulouse, lorsque j'en étais président, où l'on voit les individus, au sortir d'une atteinte de maladie mentale, se présenter comme plus intelligents que lorsqu'ils y étaient entrés ? Est-ce là encore un phénomène de démence précoce ?

En réalité, quoi qu'on dise, les états qu'on veut nous faire regarder comme uniquement accessoires sont souvent, sinon même toujours, principaux, essentiels ; ils existent par eux-mêmes, ils sont indépendants.

C'est à tort qu'on veut leur enlever la place qu'ils ont occupée jusqu'ici dans les nosographies de médecine mentale.

Ainsi, de quelque côté qu'on se retourne, on arrive à constater que ce qu'on nous présente comme les points fondamentaux de la doctrine de la démence précoce n'est rien moins que fondamental.

Faut-il attacher de la valeur au tableau séméiologique fait de cette soi-disant forme morbide ? Certes, à considérer le grand nombre de phénomènes qui y sont indiqués, on pourrait croire que cette séméiologie est riche. En réalité, elle ne l'est pas et si l'on prend successivement tous ces phénomènes on arrive aisément à s'en convaincre. Du reste, ceux qui les présentent comme des manifestations à mettre en cause, conviennent eux-mêmes qu'ils ne sont point spéciaux à la forme morbide en question et qu'ils n'y ont rien de caractéristique.

Cette affaire de séméiologie nous fait toucher à d'autres considérations qui viennent fortement à l'appui de ce que nous soutenons : c'est que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de dire, à son début, à quoi aboutira une maladie mentale qui se présente sous les auspices de la manie, de la mélancolie, de la stupeur, de la confusion mentale. Verra-t-on survenir rapidement la démence ? Aboutira-t-on à un délire à évolution lente ? Obtiendra-t-on la guérison ? Ces questions de pronostic sont, de prime abord et la plupart du temps, insolubles. J'en appelle à l'expérience de tous ceux qui ont l'habitude des aliénés. Combien souvent nos prévisions sont-elles trompées ! Ici c'est une guérison qui arrive lorsque nous n'y comptons plus ; là, au contraire, c'est l'incurabilité qui déroute notre confiance en la guérison. La soi-disant démence précoce étant une maladie qui, d'emblée, fait perdre l'intelligence, tous les symptômes qu'on

lui attribue devraient permettre de préjuger l'incurabilité. Il n'en est rien. Les troubles de la sphère affective et morale se rencontrent dans les cas les plus divers ; ceux de l'activité volontaire sont également communs à des états qui ont des issues différentes. Ni l'automatisme, malgré la multiplicité des mots plus ou moins mal trouvés sous lesquels on a distingué ses manifestations, tels que négativisme, suggestibilité, activité passive ; ni la stéréotypie, ni même la catatonie, bien que dans la plupart des cas ces derniers signes soient de mauvais augure, n'ont, pour le pronostic, rien d'absolument positif et certain. Il en est encore de même des troubles sensoriels, des hallucinations. Il importe donc peu que jusqu'ici on ait allongé la liste des signes attribués à la soi-disant démence précoce, puisque, soit isolément, soit par leur ensemble, ces signes n'ont rien qui puisse éclairer le jugement à porter sur la maladie elle-même.

Dernière considération : la doctrine de la démence précoce, dans son principe, ne fait que transposer la place que, dans les idées jusqu'ici courantes, occupaient la déchéance des facultés mentales et les divers états qui précèdent la constatation de cette déchéance. Pour tout le monde, la déchéance était uniquement une conséquence. Cette doctrine prétend que la démence est primitive et que le reste n'est qu'accessoire. Elle appelle cette conception un progrès, qu'elle croit destiné à transformer la science des maladies mentales. Mais elle ne donne pas la preuve de ce qu'elle avance, et il y a contre elle des arguments sérieux. M'est avis qu'en dépit d'elle les idées d'autrefois, qui sont celles de la psychiatrie française, continueront d'être les bonnes.

En résumé :

Il y a incontestablement des états de maladie mentale, survenant principalement chez des sujets jeunes, qui aboutissent rapidement à la démence. A ces états on peut, si l'on veut, donner le nom de démence précoce ; on pourrait tout aussi bien leur donner le nom de démence rapide.

Rien ne prouve que dans ce cas, pas plus que dans n'importe quel autre, la démence soit primitive ; et bien plutôt, comme les troubles délirants qui en marquent le début peuvent aboutir soit à une démence tardive, soit aussi à une guérison véritable et complète, cette différence d'évolution tend à prouver que la démence est consécutive, que les troubles délirants ne sont pas

des éléments accessoires, qu'ils sont, au contraire, l'expression essentielle et primordiale de la maladie.

Les cas dans lesquels ils aboutissent à la démence n'ont, en dehors de cette rapidité de la déchéance mentale, pas de caractères communs, pas de signes distinctifs qui permettent de les considérer comme un groupe homogène formant entité.

Les conceptions récentes produites sous le nom de démence précoce sont purement artificielles ; elles ne reposent que sur des affirmations sans preuves que ne justifient ni la séméiologie ni l'anatomie pathologique. Les descriptions didactiques faites sous ce même nom réunissent d'une manière arbitraire des états disparates, indépendants les uns des autres ; elles sont en contradiction avec les données de l'expérience clinique et, loin d'être un progrès, elles tendent au contraire à fausser l'étude de la psychiatrie. Elles n'ont pas droit de prendre, dans les nosographies de médecine mentale, la place qu'on prétend leur donner.

M. GILBERT BALLET, *Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.*

Messieurs, mon premier mot doit être pour m'associer aux éloges que M. Arnaud et M. Parant ont adressé à M. Deny.

Le rapport de M. Deny est certainement un des plus séduisants qui nous aient été présentés ; il est clair, ce qui est la première qualité d'un rapport, et d'une clarté éblouissante ; les problèmes que la question soulève y sont posés avec une grande netteté ; on y constate une conviction qui s'affirme avec une indiscutable franchise ; j'allais mal m'exprimer et dire : on y trouve une foi qui s'affiche avec témérité.

Messieurs, il y a des points sur lesquels je suis absolument d'accord avec M. Deny ; il en est d'autres sur lesquels je ne puis être que partiellement avec lui ; il en est enfin à propos desquels je suis obligé de me refuser catégoriquement à le suivre.

Je suis, ou à très peu de chose près, d'accord avec M. Deny sur le côté clinique et nosographique de la question.

Si la psychologie des aliénés est intéressante, il en est une autre qui quelquefois ne l'est pas moins, c'est la psychologie des aliénistes. Il est en effet surprenant que pendant si longtemps on ait passé dans les services d'Asile, ou dans les Maisons de Santé, devant une catégorie de malades qui cons-

titue, dans tous les services, un stock important sans se donner la peine de les regarder de plus près et de les observer avec plus d'attention qu'on ne l'a fait.

Les descriptions didactiques se sont naturellement ressenties de cette négligence et l'on est étonné du laconisme et de l'insignifiance du paragraphe (on ne peut pas dire du chapitre) consacré dans les divers traités à l'étude de la démence dite vésanique, précoce ou tardive.

Il n'est pas douteux qu'on ait rendu un réel service au moins à la nosographie, le jour, encore rapproché de nous, où l'on s'est mis à regarder de plus près les déments, particulièrement les déments précoces, et à étudier les caractères de leur état démentiel et la physionomie et l'évolution des troubles délirants qui précèdent ou accompagnent cet état démentiel.

Sur ce point, donc, je suis de l'avis de M. Deny.

Qu'il me permette, avant d'aller plus loin, de lui présenter quelques observations au sujet de certains des termes de sa définition de la démence précoce.

« La démence précoce, dit-il, est une psychose essentiellement caractérisée par un affaiblissement spécial et *progressif* des facultés intellectuelles... »

Je pense que le propre des démences précoces c'est, au contraire, de ne pas être progressives. Qui dit, en effet, démence progressive, dit état démentiel qui, débutant par des troubles d'abord légers, va lentement vers un affaiblissement de plus en plus marqué et finalement arrive à une déchéance complète des facultés intellectuelles ; c'est le cas des démences organiques (paralysie générale, athérome cérébral). Or, les démences précoces se comportent d'autre façon : en général, l'affaiblissement intellectuel y est rapide, il atteint vite le degré où il doit rester et, une fois établi, il a peu de tendance à progresser.

M. Deny ajoute : « Affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, qui survient le plus souvent chez des sujets jeunes, *jusqu'alors normaux.* » Je reconnais qu'assez fréquemment l'enquête, dans les conditions un peu superficielles où on la peut faire, ne permet de relever dans les antécédents personnels des déments précoces aucune grosse tare mentale, aucun stigmate psychique avéré de dégénérescence. Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi, et ce caractère n'est ni assez

bien établi, ni assez général pour pouvoir figurer dans une définition.

M. Deny dit encore : « Affaiblissement intellectuel qui se termine, dans la grande majorité des cas, par *l'abolition de toute espèce d'activité psychique et physique.* » Je crois, au contraire, que les cas dans lesquels il y a abolition de toute activité psychique et physique sont exceptionnels ; que souvent il y a simple diminution de cette activité et que, dans bien des cas, l'affaiblissement intellectuel est peu accusé. Il y a, de par le monde, un assez grand nombre de déments précoces qui se mêlent plus ou moins à la vie commune, passent plutôt pour des originaux et des bizarres, mais chez lesquels on ne saurait dire, tant s'en faut, qu'il y ait « abolition de toute espèce d'activité psychique et physique ».

Ces remarques faites, j'aborde le problème qui me paraît être, dans l'étude de la démence précoce, le problème fondamental, celui de savoir si l'affection est une maladie *constitutionnelle* dépendant d'une prédisposition strictement inhérente au sujet, ou une maladie *accidentelle* au même titre que la paralysie générale par exemple. C'est ainsi que j'avais, à Bruxelles, envisagé le côté nosologique de la question. M. Deny a bien voulu le rappeler et je suis flatté qu'il ait très franchement placé lui-même la discussion sur le terrain que j'avais cru devoir signaler à l'attention.

Au préalable, je crois devoir présenter une observation.

On a rattaché à la démence précoce des formes nosographiques multiples (démence simple, catatonique, hébéphrénique, démence paranoïde). Il ne me semble pas démontré que tous les types qu'on a ainsi rapprochés les uns des autres appartiennent au même type nosologique. Certains cas de catatonie, notamment, qui se terminent par la guérison, me paraissent ressortir plus légitimement au groupe des confusions mentales (toxiques ou infectieuses) qu'à celui de la démence précoce. On conçoit que si l'on fait intervenir ces cas dans la discussion du problème étiologique et nosologique, celui-ci ne peut que s'en trouver obscurci.

Aussi serait-il bon, pour le bon ordre de la discussion, d'envisager des cas qui apparaissent comme nettement comparables, par exemple ceux de démence paranoïde ; le plus grand nombre

de faits sur lesquels je m'appuyerai dans cette discussion appartiennent à cette dernière forme.

M. Deny se prononce nettement, dans son rapport, pour la nature accidentelle de la démence précoce. Et, à l'appui de son opinion, il invoque deux ordres d'arguments empruntés les uns à l'anatomie pathologique, les autres à l'étiologie.

Voyons d'abord quelle conclusion on peut tirer du peu que nous savons des lésions cérébrales de l'affection.

Le travail le plus important que nous possédions à cet égard est celui de MM. Klippel et Lhermitte. Ces auteurs insistent sur ce fait qu'ils n'ont rencontré aucune altération, au moins de quelque importance, des vaisseaux ni de la névroglie. D'après eux, les lésions intéresseraient simplement les neurones : les cellules de la zone motrice et du lobule paracentral seraient normales ; celles, au contraire, des zones dites d'association, en particulier du lobe frontal, ont été trouvées diminuées de nombre et atrophiées, avec légère chromatolyse.

MM. Alzheimer et Nissl ont vu des altérations analogues, mais ils ont constaté, en outre, de la prolifération névroglique.

Récemment, MM. Laignel-Lavastine et Leroy ont eu l'occasion d'étudier, à mon laboratoire, le cerveau d'un malade affecté de démence précoce. Pas plus que MM. Klippel et Lhermitte, ils n'ont trouvé de lésions conjonctivo-vasculaires. Comme MM. Klippel et Lhermitte, ils ont constaté de l'atrophie avec chromatolyse incomplète de certaines cellules cérébrales, mais contrairement à ce qu'ont relevé ces auteurs, les cellules atrophiées étaient celles du lobule paracentral et non celles du lobe frontal.

Peut-on, de ces traits, tirer une conclusion au point de vue qui nous occupe ? Si l'on était en droit de le faire, il me semble que la diminution du nombre des neurones et l'atrophie incomplète de certains d'entr'eux (neurones des centres de projection (Laignel-Lavastine et Leroy), (neurones des centres d'association (Klippel et Lhermitte) devrait être considérée plutôt comme une lésion morphologique, par conséquent congénitale ou infantile, que comme une lésion acquise.

M. Deny a bien voulu rappeler les altérations cellulaires que nous avons décrites, mes collaborateurs et moi, dans certaines formes de confusion mentale toxémiques ; il rapproche ces altérations de celles rencontrées dans la démence précoce ; il se

croit autorisé à induire de ce rapprochement une identité de nature du processus dans l'une et l'autre catégorie de cas : la démence précoce s'affirmerait ainsi, de par l'anatomie pathologique, une affection toxique accidentelle au même titre que la confusion mentale.

Je ne puis me ranger à cette manière de voir. La ressemblance des lésions rencontrées par MM. Klippel et Lhermitte, Laignel-Lavastine et Leroy dans la démence précoce avec celles que j'ai signalées dans les psychoses toxiques n'est pas exacte. L'atrophie cellulaire indiquée par ces observateurs n'a rien de commun avec la tuméfaction et la chromatolise diffuse qu'on rencontre dans les confusions mentales suite d'intoxication. D'ailleurs, si l'identité des lésions dans les deux ordres de cas était réelle, elle ne prouverait rien en faveur de l'opinion soutenue par M. Deny, car on serait en droit de se demander si ces altérations, qui ont été observées chez des déments précoces morts de tuberculose pulmonaire ou avec de la stéatose hépatique, ne relevaient pas plutôt de la dégénérescence graisseuse du foie ou de la tuberculose que de processus démentiel lui-même.

J'estime donc qu'en l'état actuel des choses on ne peut pas faire grand fond sur l'anatomie pathologique pour établir la nature de la démence précoce, et que si l'on voulait attribuer aux lésions rencontrées une signification qui ne me paraît pas encore suffisamment établie, ces lésions militeraient plutôt en faveur de la nature constitutionnelle de l'affection.

Puisque l'anatomie pathologique ne nous permet pas de résoudre le problème nosologique en discussion, voyons ce que l'étiologie nous apprend. Pour M. Deny, l'hérédité est inconstante, son rôle contingent et accessoire ; et comme le rapporteur paraît décidé à faire de la démence précoce une maladie individuelle et accidentelle, il en cherche la raison dans les causes occasionnelles qui, à la vérité, lui échappent, et dans une auto-intoxication, qu'avec d'autres auteurs il suppose, sans pouvoir apporter le moindre argument démonstratif en sa faveur.

J'ai cherché, pour mon compte personnel, et voici ce que m'a montré l'étude de 17 cas dont un à forme hébéphrénique, un du type catatonique, quinze de forme paranoïde.

Au point de vue des *antécédents héréditaires*, ces 17 cas se répartissent de la façon suivante :

Antécédents nuls		3 cas.
Antécédents nuls, mais renseignements insuffisants		2 —
Antécédents familiaux	*a)* Stigmates physiques chez le père et la mère	1 —
	b) Bizarrerie du père	2 —
	c) Parents bizarres et douteux	5 —
	d) Aliénation chez les parents	2 —
	e) Père alcoolique et mère nerveuse.	2 —

Au point de vue des *antécédents et des caractères personnels :*

a) 3 à antécédents héréditaires nuls	1 Stigmates physiques (microcéphalie, oreilles en anses de panier).
	1 Nerveux, coléreux, mauvaise tête.
	1 Original et excentrique.
b) 2 à antécédents nnls avec renseignements insnffisants	1 Intelligence médiocre, sombre, impulsions homicides dans l'enfance.
	1 Strabisme et bégayement.
c) 7 très intelligents	2 Avec stigmates physiques.
	4 Originaux. Inventeurs.
	1 Fils de père original. A eu la fièvre typhoïde.
d) 10 intelligence moyenne ou médiocre	1 Normal (mais fils de père original).
	7 Originaux ; excentriques ; peu sociables ; violents.
	1 Migraineux (père original, frère anormal).
	1 Syphilis et alcool (tante aliénée, oncle paternel suicidé).

En somme, sur ces 17 malades, 16 présentent ou des antécédents héréditaires psychopathiques ou des stigmates psychopathiques personnels. Chez un seul, nous n'avons trouvé ni les uns ni les autres, mais ce malade présente des stigmates physiques.

J'ajoute, Messieurs, trop peu d'importance aux statistiques globales pour tirer une conclusion de celle qui précède ; vous reconnaîtrez du moins avec moi que si elle a une signification c'est en faveur de l'origine constitutionnelle de la démence précoce. Dire que les individus qui en sont affectés ne sont qu'accidentellement des héréditaires et qu'en général ils ont joui d'une intelligence normale jusqu'au moment où a débuté l'affection, me paraît une assertion injustifiée par les faits.

Mais certains faits particuliers, quand on a pu les observer de près, me semblent avoir en faveur de la thèse que jusqu'à nouvel ordre je crois exacte, une signification particulièrement décisive. Permettez-moi de vous en citer quelques-uns.

J'ai rapporté l'an passé à Bruxelles le cas de deux frères, intellectuellement bien doués en apparence, mais appartenant à une famille où les originaux sont nombreux et qui tous les deux, presque au même âge, ont été affectés de démence précoce. Or un cousin issu de germain de ces deux malades vient d'être lui-même, depuis peu, atteint de la même affection.

Une jeune fille, tombée dans la démence à l'âge de 20 ans, est fille d'un paralytique général et a été conçue alors que la maladie du père était déjà nettement caractérisée ; douée d'un caractère violent, fantasque, elle a mené jusqu'à 20 ans la conduite la plus irrégulière bien qu'elle ait été parfaitement élevée. Très coquette, elle donnait en pension le mauvais exemple et s'est fait renvoyer de plusieurs établissements. Mariée, elle divorce, prend un amant, fume de l'opium, s'adonne à la cocaïne.

J'ai été récemment consulté pour deux frères qui, tous les deux, sont atteints de démence précoce ; or j'ai soigné, il y a quelques années, la sœur de ces deux jeunes gens pour des accidents mentaux survenus au cours d'une grossesse et le fils de cette dame, le neveu par conséquent des deux premiers, est lui-même affecté depuis peu de démence précoce [1].

Les faits qui précèdent et auxquels je pourrais en ajouter d'autres, ne démontrent-ils pas, je vous le demande, le rôle de la prédisposition héréditaire ou personnelle dans la genèse de la démence précoce ? Je me refuse, pour ma part, à trouver légitime le rapprochement qu'on a voulu faire de l'étiologie de cette dernière avec celle de la paralysie générale. On oublie qu'il y a un élément étiologique certain dans cette dernière affection, c'est l'élément accidentel, la spécificité ; que le rôle de l'hérédité y est douteux ou au moins très accessoire ; c'est l'inverse qui me paraît être pour la démence précoce.

Certes je ne suis pas un partisan systématique du rôle de la prédisposition héréditaire dans les affections nerveuses ; je pense qu'après l'avoir trop longtemps méconnu on a eu quelque tendance à lui faire une place excessive au détriment des causes individuelles. Il en a été ainsi notamment dans l'étiologie de l'épilepsie. Mais je me refuse à accepter de vagues hypothèses

1. — J'ai récemment eu à examiner, comme expert, à propos d'une demande en interdiction, une démente précoce dont la mère était elle-même atteinte de la même affection. L'enfant avait été conçue au début, dans une période de rémission.

pour des vérités établies. Jusqu'à nouvel ordre, je persiste à considérer la démence précoce, élimination faite de certaines formes catatoniques qui paraissent ne pas lui appartenir quoiqu'on ait pensé, comme une affection constitutionnelle au moins dans sa forme paranoïde.

Dr E. RÉGIS, *chargé du Cours de Psychiatrie à l'Université de Bordeaux.*

La question mise à l'ordre du jour et qui embrasse pour ainsi dire la pathologie mentale tout entière comprend deux parties : 1° les *démences vésaniques* en général ; 2° la *démence précoce.*

Je les examinerai rapidement l'une et l'autre, en commençant par les démences vésaniques en général.

1° M. Deny, dans son excellent rapport, a cherché à établir que les démences vésaniques ou secondaires devaient être rayées du cadre nosologique, attendu que certaines d'entre elles n'existaient pas et que les autres faisaient partie de la démence précoce, c'est-à-dire des démences primaires.

La démence secondaire à la manie et à la mélancolie ne saurait être admise, dit avec Kraepelin M. Deny, puisque la manie a disparu en tant que psychose et n'est plus qu'un stade de la *folie maniaque dépressive,* et puisque la mélancolie de son côté n'a de vie propre qu'en tant que *psychose d'involution pré-sénile.*

De même, la démence regardée comme secondaire aux psychoses des dégénérés est en réalité une démence primaire, précoce, masquée tout d'abord par des manifestations délirantes. Enfin, la démence consécutive aux folies systématisées chroniques hallucinatoires est aussi une démence primaire, appréciable dès le début des troubles psychiques et rentrant dans le domaine de la démence précoce.

L'opinion de M. Deny est, on le voit, très nette ; elle ne tend à rien moins, en effet, qu'à supprimer toutes les grandes formes de psychoses existantes. Les unes disparaissent purement et simplement, ne laissant que quelques débris qui perdent leur existence et jusqu'à leur nom ; les autres deviennent des variétés de ce grand *Tout* qu'est la démence précoce. C'est là plus qu'une *évolution,* comme il le croit, plus même qu'une

révolution, suivant le mot de M. Ballet : c'est un *bouleversement* complet de la psychiatrie actuelle et qui n'en laisse plus rien debout.

Avant d'effacer ainsi d'un trait de plume des types classiques de psychoses lentement acquis au cours des siècles et si longuement éprouvés ; avant de renoncer aux claires découvertes de nos maîtres qui firent la gloire et l'honneur de la psychiatrie française et de les faire disparaître devant les synthèses encore imprécises de la psychiatrie allemande, nous devons attendre que celles-ci, définitivement formulées par leurs auteurs, aient été consacrées par l'expérience et que les autres aient cessé d'exister.

Pour moi, je le dis bien haut, je garde la manie, je garde la mélancolie, parce que ces états morbides — symptomatiques ou non — existent réellement, immuables dans leur physionomie clinique depuis Hippocrate et Arétée, et je repousse de toutes mes forces la conception Kraepelinienne de la *folie maniaque dépressive,* type bâtard de notre folie à double forme, et celle de la mélancolie *psychose pré-sénile,* contraires à la vérité clinique. Je garde, pour la même raison, les psychoses des dégénérés et les psychoses systématisées. Je garde, enfin, les démences vésaniques secondaires, parce que l'observation nous montre la réalité de ce principe fondamental sur lequel reposent la plupart de nos classifications, à savoir que, dans les psychoses, c'est la perturbation mentale qui commence et l'affaiblissement qui suit et que, lorsque les psychoses se terminent par la démence, c'est, non pas comme dit M. Deny, une dyspepsie qui ferait place à un cancer, mais bien le trouble de la fonction qui aboutit à la longue et tout naturellement à l'usure de l'organe.

Si j'insiste sur cette question, ce n'est pas seulement parce qu'elle est scientifiquement d'une importance capitale ; ce n'est pas seulement non plus parce que je voudrais réagir contre des tendances philonéiques et germanophiles, qui me paraissent outrées, c'est aussi parce que nous avons charge d'enseignants et que nous devons à tous ceux qui nous écoutent, praticiens et élèves, des notions claires, précises et durables sur la psychiatrie.

2° J'aborde maintenant ce qui a spécialement trait, dans le rapport de M. Deny, à la *démence précoce.*

Ici — et bien que les premières origines de la maladie soient attribuables à des Français, particulièrement à Morel — je ne fais aucune difficulté de reconnaître que nous sommes beaucoup redevables aux auteurs allemands.

Pour ma part, je rends grâces à ces auteurs et à ceux des nôtres qui, comme Sérieux, Chaslin et Séglas, Deny et Roy, Masselon ont introduit en France leurs travaux sur la démence précoce. Cela m'a permis, dans ces dernières années, d'étudier sous un jour nouveau des types morbides que je connaissais mal ; par suite, d'élargir pour moi et pour mes élèves le champ commun de nos recherches.

J'ajoute que mes observations, portant environ sur vingt-cinq malades hors de conteste et que j'ai minutieusement suivis soit seul, soit avec mon ami M. Lalanne, m'ont permis de constater la très réelle exactitude clinique des états appelés catatoniques, hébéphréniques, paranoïdes.

Je ne discuterai donc pas à cet égard le rapport de M. Deny et, laissant de côté, comme il l'a fait, les détails du problème, je l'examinerai dans son énoncé, dans son principe, seul moyen d'aboutir, si possible, à une solution.

Je me bornerai simplement, en ce qui concerne la partie descriptive du travail de M. Deny, à insister sur ce fait que Morel a tracé le premier, dans ses *Études cliniques*, la symptomatologie de la démence précoce et en a relaté et représenté en images des exemples typiques. Je fais passer l'une de ces images sous vos yeux, pour qu'il ne reste plus, dans l'esprit de personne, aucun doute à cet égard.

J'ajoute aussi que l'hérédité similaire de la démence précoce, non observée personnellement par M. Deny, n'est peut-être pas très rare, car je l'ai constatée à plusieurs reprises, notamment chez une catatonique actuellement dans mon service et dont la mère, qui se trouve depuis de longues années à l'Asile de Pau, vous sera présentée par M. Masselon, comme une démente précoce ancienne, lors de notre visite à l'établissement.

Je signale, enfin, que je n'ai trouvé chez mes malades, de façon vraiment significative, ni le dermographisme, ni l'exagération des réflexes tendineux, ni la formule hématologique qui y ont été donnés comme très fréquents et presque caractéristiques.

Le problème essentiel posé par M. Ballet et qu'a cherché à résoudre M. Deny est le suivant :

La démence précoce est-elle une maladie constitutionnelle ou une maladie accidentelle?

M. Deny conclut, vous le savez, en admettant dans l'étiologie de la démence précoce l'existence et d'une *prédisposition* et d'une *cause occasionnelle* (auto-intoxication, surtout sexuelle), celle-ci prédominante, si bien que la démence précoce est pour lui, finalement, une maladie accidentelle, toxique, et non une dégénérescence.

Ce n'est pas moi, certes, qui combattrai la conclusion de M. Deny en faveur d'une étiologie toxique, puisque — il a bien voulu le rappeler — je n'ai cessé d'insister sur le rôle si important des intoxications dans les maladies mentales et puisque, au Congrès international de 1900, je soutenais seul déjà que l'hébéphrénie, surtout avec symptômes catatoniques, est due à une auto-intoxication.

Mais le problème posé comportait deux termes et M. Deny n'en a, à mon sens, abordé qu'un, le dernier.

Avant d'examiner si le vaste groupement psychopathique présenté par Kraepelin sous le nom de démence précoce était une maladie constitutionnelle ou accidentelle, il fallait tout d'abord bien établir que ce groupement était fondé.

Or, M. Deny a considéré la question comme résolue, alors que, nous le savons tous, il est bien loin d'en être ainsi.

C'est ce premier terme du problème, celui de la réalité de la démence précoce telle que la comprend Kraepelin, sur lequel il me parait, par conséquent, indispensable de revenir.

En ce qui me concerne, j'admets, comme je viens de le dire, que les trois états morbides qui constituent les formes principales de la démence précoce de Kraepelin : catatonie, hébéphrénie, délire paranoïde, existent et répondent exactement à la description donnée ; mais je n'admets pas du tout, ou du moins il ne m'est pas du tout prouvé, que ces trois états fassent corps entre eux et soient des variétés d'une seule et même maladie.

Ce n'est point leur existence individuelle qui est contestée, c'est leur réunion en synthèse morbide qui n'est pas établie et qui, même à mon avis, n'est pas justifiée.

Pour tout dire, en un mot, le bloc de la démence précoce ne

m'apparaît pas comme homogène : c'est une mosaïque, dont les éléments sont disparates et mal cimentés entre eux.

Je n'ai pas la prétention d'apporter dès aujourd'hui une division et une répartition rationnelles et définitives des divers états psychopathiques englobés par Kraepelin sous la dénomination commune de démence précoce, et je crois que nous ne pouvons avoir encore, les uns et les autres, à ce sujet, qu'une opinion d'attente ; mais, d'ores et déjà, j'y distingue deux types essentiellement différents.

Un premier type est celui des jeunes sujets plus ou moins tarés antérieurement qui, après certaines promesses intellectuelles, s'arrêtent d'abord, puis déclinent. Arrêt d'évolution, déclin rapide et définitif, telles sont les deux étapes caractéristiques de cette faillite cérébrale de l'adolescence, connue des auteurs anciens, bien précisée par Morel et à laquelle revient légitimement et spécialement l'appellation de *démence précoce.* Ce type comprend un certain nombre de cas des trois formes de démence précoce de Kraepelin et tout particulièrement des cas de la forme hébéphrénique. Il est surtout *constitutionnel.*

Le second type est tout différend. Ici, avec ou sans prédisposition antérieure, le processus pathologique débute par un accès de confusion mentale aiguë, toxique ou infectieuse. Au cours ou à la suite de cet accès aigu se produisent des phénomènes de stupeur, avec l'ensemble des symptômes caractéristiques de la catatonie. Tout cela se termine souvent par la guérison complète, sans déficit mental, et ce n'est que dans les cas où l'incurabilité survient que les malades tombent à la longue dans la démence.

Ce processus pathologique, avant tout *accidentel,* figure à tort, selon nous, dans la démence précoce. Il ne lui appartient à aucun titre. Dans ses premières périodes, il représente purement et simplement une psychose toxique, une confusion mentale parfaitement curable, et la démence qui la termine dans certains cas, bien que précoce si elle frappe un sujet jeune et survient rapidement, est avant tout une *démence post-confusionnelle.*

Je fais passer sous vos yeux une série de photographies de malades de mon service clinique qui montrent bien ces deux types et les différences qui les séparent.

En résumé, la démence précoce est actuellement et tend de plus en plus à devenir un groupe démesuré, excessif, d'états pathologiques dissemblables, « un immense océan sans limite et sans fond », comme les partisans irréductibles de son extension le disaient autrefois eux-mêmes de la dégénérescence.

Si l'on persiste à la concevoir ainsi, la confusion et les discussions se continueront indéfiniment à son sujet, au grand préjudice de l'évolution de la psychiatrie. Si, au contraire, on consent à la dissocier, à la scinder en parties homogènes, sa notion ne peut que devenir claire, précise et profitable à tous.

Il est possible de reconnaître d'ores et déjà en elle deux grands types morbides :

1° La *démence précoce* vraie, faite à la fois et successivement d'arrêt et d'affaiblissement intellectuel, de dégénérescence et de démence, et représentant un état avant tout constitutionnel ;

2° Des *psychoses d'intoxication,* à forme de confusion mentale et à caractères plus spécialement catatoniques, guérissant fréquemment et aboutissant, lorsqu'elles persistent, comme toutes les psychoses, à une *démence secondaire,* précoce ou non, mais essentiellement post-confusionnelle. Ces psychoses d'intoxication, maladies avant tout accidentelles, n'appartiennent pas à la démence précoce et doivent en être détachées.

Dr MASSELON, *Médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés de Pau.*

De certains caractères psychologues de la démence précoce et des limites de cette affection. — Bien que la psychologie des déments précoces soit assez complexe, il m'a semblé qu'il était possible de dégager dans la masse des symptômes que ces malades peuvent présenter ceux qui me paraissent plus particulièrement importants au point de vue du diagnostic et, me basant sur ces symptômes, d'essayer de montrer les limites qu'il convient d'assigner à cette affection.

Dans son rapport si remarquable par son esprit méthodique et sa clarté, M. Deny a bien montré qu'il y avait tout un groupe d'affections dans lequel la démence était primitive : cette conception me paraît devoir éclairer considérablement la compréhension de nombreux cas cliniques. Mais je ne crois pas que toutes ces démences primitives doivent venir se confondre avec

la démence précoce. Je crois que le dément précoce se différencie assez nettement de certains autres déments auxquels je ferai allusion dans cette communication.

On a beaucoup insisté sur ce que j'appellerai les symptômes secondaires de démence précoce, par exemple la suggestibilité, l'échomimie et l'échopraxie, le négativisme, les stéréotypies, etc. Tous ces symptômes ont sans doute une grosse valeur, mais seulement s'ils sont analysés. Ce ne sont en effet que les manifestations de troubles psychiques élémentaires plus profonds qui caractérisent l'affaiblissement intellectuel particulier de ces malades.

Ces troubles appellent immédiatement l'attention lorsque l'on a la chance de tomber sur des cas qui ont débuté par une phase neurasthénique. Sans vouloir insister ici sur ces faits connus de tous, je dirai que cette phase est caractérisée par la diminution de l'activité intellectuelle et de l'effort mental. Si l'on pénètre plus profondément dans l'analyse de ce phénomène, on remarque que la cause en est dans *la diminution de tous les ressorts affectifs qui, à l'état normal, soutiennent l'activité de l'esprit, dans la désagrégation de la logique intérieure, dans l'établissement progressif d'attitudes fixes et d'automatismes.*

Le malade devient apathique, inerte, perd toute curiosité, non que les images mentales, au moins au début, soient moins vives, mais ces images ne sont plus synthétisées, rattachées d'une façon logique à la personnalité du malade. Ce dernier caractère différencie le dément précoce du neurasthénique ou du mélancolique chez lequel les images mentales ne s'évoquent que difficilement, au prix d'un grand effort, et qui conserve une conscience affective de son état.

La désagrégation psychique qui caractérise le dément précoce est « intégrale », suivant l'expression de M. Dromard[1], en ce sens qu'elle porte non seulement sur les associations d'images et d'idées, mais encore sur les associations entre les états intellectuels et les états affectifs. Cette incoordination intrapsychique, comme l'a appelée Stransky[2] me paraît un signe

1. — Dromard : Étude psychologique sur la stéréotypie. *Revue de Psychiatrie*, Juillet 1904.

2. — Stransky : Zùr Lehre von der Dementia praecox. *Centr. f. Nerv. u. Psych.*, 15 Janvier 1904.

d'une grosse valeur. Par lui s'expliquent ces brusques raptus émotionnels, qu'aucune représentation ne conditionne ou n'accompagne, ces paramimies, ces attitudes bizarres maniérées qui ne répondent à aucun sentiment, et aussi peut-être le négativisme, simple attitude d'opposition non motivée par un processus logique.

Cette incoordination intra-psychique, forme de la désagrégation intégrale, différencie le dément précoce de l'hystérique chez lequel certains groupements tendent bien à vivre d'une vie automatique et autonome, mais où, par exemple, la liaison entre les états affectifs et les états intellectuels subsiste, les émotions, les attitudes s'accompagnant de leur contenu représentatif, ou bien les représentations suggérant immédiatement l'émotion, le sentiment correspondant. (Stransky.)

« Incoordination intra-psychique » primitive, désagrégation intégrale des éléments de l'esprit avec vie autonome mais de plus en plus réduite de ces éléments, telle me paraît bien être la caractéristique psychologique de la démence précoce.

Ces lésions psychiques sont d'ailleurs en rapport avec les lésions anatomiques constatées à l'autopsie par MM. Klippel et Lhermitte[1]. Ces auteurs concluent en effet que le symptôme démence est le résultat de la désagrégation cellulaire, de l'autonomie cellulaire : ainsi l'analyse psychologique et l'analyse anatomopathologique, bien qu'ayant été pratiquées d'une façon isolée, se rencontrent en des expressions à peu près identiques.

Je n'ai entendu rappeler ici qu'un trait très général que l'on dépistera à travers des symptômes variés en suivant longtemps les malades et en ne se laissant pas distraire par les phénomènes d'excitation ou de confusion qui peuvent les masquer. Les *états de confusion* existent fréquemment en effet au cours de la démence précoce. Mais le dément précoce est autre chose qu'un confus. Je rappellerai seulement ici, pour différencier ces deux groupes de malades, le début généralement insidieux de la démence précoce, l'allure un peu contradictoire de cette prétendue confusion où le malade, quoique plongé dans la stupeur, témoigne par certains signes qu'il sait ce qui se passe autour de lui, mais où, par contre, manquent ces états d'égarement, d'éton-

1. — Klippel et Lhermitte : Démence précoce : anatomie pathologique et pathogénie. *Rev. de Psych.*, Février 1904.

nement par lesquels le confus simple réagit au trouble qui l'envahit. Dans l'amentia, la confusion mentale est primitive; dans la démence précoce elle ne survient qu'à titre passager : aussi me paraît-il difficile de ramener, comme le veut M. Régis, la démence précoce à la confusion.

Néanmoins il faut reconnaître que les rapports qui existent entre certains cas d'amentia et la démence précoce, sont aujourd'hui encore bien mal déterminés. A côté des cas nets de démence précoce dans lesquels l'affaiblissement intellectuel est primitif, il en existe d'autres où à la suite d'une phase de confusion mentale on voit survenir un affaiblissement intellectuel plus ou moins rapide, plus ou moins prononcé, quoique l'on n'ait pas observé dans la phase aiguë les signes caractéristiques de la maladie. Doit-on, se basant sur un mode de terminaison identique, ranger ces cas dans la démence précoce, ou bien les considérer au contraire comme des états démentiels consécutifs à l'amentia? C'est là une question sur laquelle je ne crois pas que l'on puisse se prononcer encore aujourd'hui : il semble même que l'analyse clinique soit impuissante à résoudre ce problème et qu'il nous faille attendre pour le trancher que les conditions étiologiques et pathogéniques de ces diverses affections nous soient mieux connues.

Les caractères psychologiques de la démence précoce que je viens de décrire me conduisent à examiner le cas de ces délires rangés par Kraepelin dans la démence paranoïde sous le nom de *délires systématisés fantasques,* cadre qui englobe tous les délires systématisés à base hallucinatoire évoluant vers la démence et dans lequel se trouve compris le *délire chronique* de Magnan.

Dans son très intéressant rapport, M. Deny est porté à accepter les idées si originales du professeur de Heidelberg. M. le docteur Sérieux, quoiqu'il en ait écrit autrefois, tendrait aussi aujourd'hui aux mêmes conclusions. J'avoue que de grosses difficultés me paraissent devoir militer contre cette hypothèse. Je crois qu'ici il ne faut pas se laisser entraîner par l'idée que toutes ces psychoses se terminent par la démence. Sans contester la valeur du principe qui consiste à classer dans un même groupe morbide toutes les maladies mentales qui ont une même évolution, je crois qu'il faut analyser ce concept d'évolution. Une évolution identique est autre chose qu'une terminaison identique :

on peut même soutenir que le mode de terminaison n'est qu'un phénomène accessoire dans l'évolution d'une maladie. Il est inadmissible de ranger dans un même groupe morbide toutes les affections mentales qui se terminent par la démence et dans un autre toutes celles qui se terminent par la guérison. La conception de la démence précoce est indépendante du mode de terminaison par la démence. Démence précoce veut dire seulement affaiblissement primitif des facultés intellectuelles : cet affaiblissement peut rétrocéder et le malade guérir si les lésions cellulaires rétrocèdent et guérissent. Je ne veux pas insister sur la guérison de la démence précoce : j'en ai, pour ma part, observé un cas ; j'en ai publié un autre où l'affaiblissement intellectuel était si peu prononcé que le malade avait pu être considéré comme guéri. Je tiens seulement à insister sur ce point que s'il y a quelques arguments de mots contre la guérison de la démence précoce, ces arguments tombent lorsque l'on a bien soin de définir le groupe morbide que l'on a en vue.

Quoiqu'il en soit, les délires systématisés à base hallucinatoire évoluant vers la démence me paraissent avoir un aspect clinique différent de celui de la démence précoce. L'âge d'apparition de la maladie, sa plus longue évolution, l'incoordination intra-psychique plus rare, la systématisation du délire témoignant d'une activité intellectuelle plus longtemps conservée, l'intérêt conservé pour l'objet du délire, la curiosité, la recherche souvent très développées, la rareté plus grande des impulsions, des tics, des phénomènes d'automatisme militent en faveur d'un processus démentiel différent de celui de la démence précoce. Même dans la période de démence terminale, ces malades se distinguent des déments précoces par de nombreux traits cliniques quoique stéréotypés ; alors, ils restent des hostiles, des méfiants ou bien des orgueilleux et des ambitieux dont l'attitude, les gestes, les mouvements sont encore en rapport avec les sentiments qui avaient dominé leur délire ; leur intelligence est réduite, mais elle est beaucoup moins désagrégée que celle des déments précoces.

Malgré ces différences dans l'aspect clinique, il me faut reconnaître que, comme l'a fort bien montré le rapporteur, ces malades se rapprochent des déments précoces par ce fait que leur affaiblissement intellectuel est primitif ; la démence ici n'est

pas secondaire ; elle fait partie de l'affection dès sa phase de début. Aussi la conception de Kraepelin qui a dissocié l'ancien groupe des paranoïa, en mettant d'un côté les délires à base d'interprétation délirantes avec conservation des facultés syllogistiques de l'esprit et, de l'autre, les délires plus ou moins systématisés à base hallucinatoire évoluant vers la démence, me semble-t-elle pleinement justifiée par les faits. Dans cette conception, le délire chronique de Magnan ne forme pas un groupe spécial et, en fait, on observe tous les intermédiaires entre ce délire et d'autres moins bien systématisés ; les différences d'aspect sont sans doute déterminées par le degré de l'intelligence antérieure, par le mode de réaction du cerveau au processus morbide qui l'envahit. Aussi, d'après ces considérations, me semble-t-il impossible de tracer une ligne de démarcation bien nette entre le délire chronique et ces délires systématisés ; il y a tout avantage, comme le fait Kraepelin, à les grouper ensemble dans la démence paranoïde ou paranoïaque, cadre morbide qui vient ainsi prendre place dans les démences primitives, à côté de la démence précoce, mais qui reste distinct d'elle.

Je ne reviendrai pas ici sur la question de la démence précoce, psychose accidentelle. M. Deny a bien mis en lumière les raisons anatomo-cliniques qui plaident en faveur de cette hypothèse. Je veux cependant attirer l'attention sur le cas de certains débiles dont l'état intellectuel s'affaiblit encore à l'époque de la puberté. J'ai observé un cas de ce genre dans le service de M. le Dr Sérieux ; il s'agissait d'un débile dont le développement intellectuel avait été très tardif ; doué d'une mémoire assez vive, les qualités de jugement, de volonté avaient toujours fait défaut. A l'époque de la puberté, l'état mental faiblit encore ; alors se développèrent des tics, des impulsions ; les distractions devinrent plus grandes, le sujet était désorienté, l'affectivité était nulle, l'indifférence complète ; bref, on se trouvait en présence d'un malade réalisant assez bien le tableau clinique des formes simples de la démence précoce. Je ne sais si, se basant sur l'identité clinique, on doit ranger des cas semblables dans le cadre de la démence précoce. Bien que les causes de cette affection nous soient encore inconnues, je serais, pour ma part, disposé à les en exclure ; ici, la débilité originelle me semble

suffisante pour expliquer, sous l'influence de causes occasionnelles quelconques, la démence ultérieure. Ces malades rentrent dans la conception de Morel et se différencient au point de vue de leur vie mentale antérieure du dément précoce, sujet évidemment souvent prédisposé, mais dont les antécédents ne révèlent aucune tare personnelle dégénérative grave.

Il découle, de ces quelques considérations, que je considère la démence précoce comme une psychose accidentelle, caractérisée par une désagrégation précoce et intégrale des éléments et de la logique intérieure de l'esprit, avec conservation plus ou moins longue de la vie autonome de ces éléments, psychose susceptible de guérison, mais qui évolue dans le plus grand nombre des cas, soit simplement, soit à travers des phénomènes aigus variés (états d'excitation, de stupeur catatonique, de confusion, états délirants, etc.), vers un affaiblissement psychique définitif et que je la sépare, jusqu'à plus ample informé, des états démentiels consécutifs à l'amentia, de la démence paranoïde et des états d'affaiblissement intellectuel qui surviennent chez les débiles sous des causes banales, surtout à l'époque de la puberté.

M. CROCQ, *Professeur agrégé à l'Université de Bruxelles (Belgique).*

La partie du très intéressant rapport de M. Deny, sur laquelle je désirerais faire quelques observations est celle qui traite de la *fréquence* et de l'*étiologie* de la démence précoce.

J'ai attentivement examiné les observations des malades, hommes et femmes, entrés à l'Asile d'Uccle depuis quelques années, malades que j'ai presque tous connus puisque je dirige, depuis cinq ans, le service médical de cet Asile.

Mes recherches portent sur *150 hommes* et *150 femmes;* ces sujets sont les 300 derniers entrants dont les observations se trouvent consignées dans le registre officiel de l'établissement. Sur ce total, je trouve *47 démences* précoces, soit *15,66* °/₀, non compris les délires systématisés dont *19 hommes* et *28 femmes,* ce qui fait une proportion de *12,66* °/₀ pour les uns et de *18,51* °/₀ pour les autres.

Le chiffre total de 15,66 °/₀, supérieur à celui de Kraepelin[1],

1. — Kraepelin : *Traité de Psychiatrie,* 7me édition, 1904.

qui indique *14 à 15* °/₀, y compris les délires systématisés, supérieur également à celui de Sérieux, qui trouve *12 à 14* °/₀ et à ceux de Séglas et Deny[1], qui arrivent à *13 à 14* °/₀, est inférieur au nombre de *28* °/₀, fixé par Lévi Bianchini[2]. La proportion de *10* °/₀ donnée par Meeus[3] est moins élevée que celle de tous les auteurs ; elle s'explique par ce fait que les déments précoces présentent des périodes impulsives peu favorables à l'admission dans une colonie familiale. Mon chiffre total de 15,66 °/₀ se rapproche, en somme, assez bien de ceux obtenus par Kraepelin, Séglas et Deny. Mais où la proportion diffère essentiellement, c'est lorsqu'on envisage le nombre des déments précoces d'après le sexe.

Sérieux[4] trouve, à Ville-Evrard, *14* °/₀ pour les femmes et *12* °/₀ pour les hommes ; Meeus *16* femmes et *24* hommes sur 40 malades ; Lévi-Bianchini *14,2* °/₀ pour les femmes et *18,8* °/₀ pour les hommes.

Pour ma part, j'arrive à *18,51* °/₀ pour les femmes et *12,16* °/₀ pour les hommes.

J'ai donc, avec Sérieux, observé un plus grand nombre de femmes que d'hommes atteints de démence précoce ; cette différence dépend sans doute de la qualité des malades. M. Sérieux et moi traitons des patients de la classe aisée, intellectuelle ; peut-être la démence précoce, peu fréquente chez l'homme dans la classe pauvre, est-elle plus commune chez la femme dans la classe élevée.

Afin de déterminer l'âge auquel la démence précoce se montre, j'ai soigneusement noté l'époque du *début de la maladie. (Voir plus loin le tableau des observations.)*

Parmi les *28 cas* observés chez les *femmes,* 1 s'est produit à 14 ans, 5 entre 21 et 25 ans, 6 entre 26 et 40 ans, 9 entre 31 et 35 ans, 4 entre 36 et 40 ans, 1 entre 41 et 45 ans, 1 entre 46 et 50 ans, 1 entre 51 et 55 ans. Parmi les *19 hommes,* la maladie

1. — Deny : *Des Démences vésaniques* (Rapport au XIVᵉ Congrès des aliénistes. Pau, 1904, p. 53).

2. — Cité par Deny.

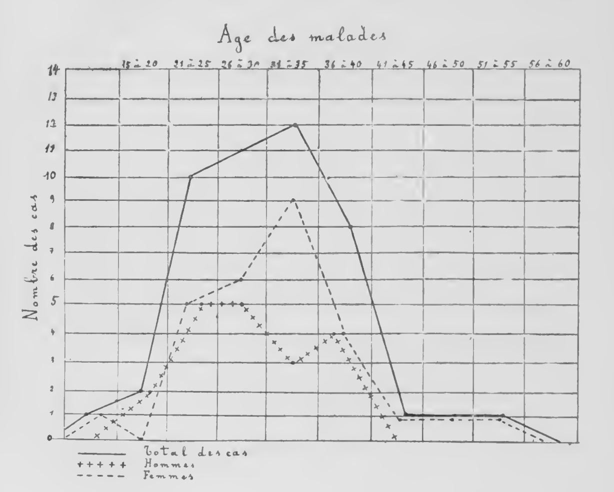
3. — Meeus : *De la démence précoce chez les jeunes gens* (" Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique ", 1902).

4. — Sérieux : *La démence précoce* (" Gaz. hebd. de Méd. ", 10 mars 1901).

a débuté 2 fois entre 15 et 20 ans, 5 fois entre 21 et 25 ans, 5 fois entre 26 et 30 ans, 3 fois entre 31 et 35 ans, 4 fois entre 36 et 40 ans.

Si j'envisage l'âge général des malades au début de la maladie, sans distinction de sexe, je trouve que, sur *47 sujets,* l'affection a débuté 1 fois avant 15 ans, 2 fois entre 16 et 20 ans, 10 fois entre 21 et 25 ans, 11 fois entre 26 et 30 ans, 12 fois entre 31 et 35 ans, 8 fois entre 36 et 40 ans et 1 fois entre 41 et 45, entre 46 et 50 et entre 51 et 55 ans.

Voici le diagramme de ces constatations.



Ces résultats diffèrent notablement de ceux des auteurs ; si, d'une manière générale, je dois dire, avec M. Deny, que la période la plus favorable à l'éclosion de la démence précoce est de 15 à 30 ans, puisque j'ai *24 cas* avant 30 ans et *23* seulement après, mes constatations ne sont pas d'accord avec celles de Kraepelin, Meeus et Deny qui évaluent à 60 °/₀, 80 °/₀ et 85 °/₀ le nombre des cas ayant débuté avant 25 ans.

Dans mon diagramme, on voit que, d'une manière générale, la maladie a débuté, le plus souvent, entre *31 et 35 ans* (12), puis entre *26 et 30 ans* (11), puis entre *21 et 25 ans* (10), puis entre *36 et 40 ans* (8). Le nombre de mes déments précoces est un peu supérieur (21) entre 21 et 30 ans qu'entre 31 et 40 ans (20).

Je pense que ces différences dans les statistiques dépendent du terme même de la démence précoce qu'il vaudrait peut-être mieux appeler, avec Ballet, *démence rapide*. Malgré soi, en pensant à la démence précoce, on se laisse influencer par cette idée que la maladie est exclusive à la puberté. Le terme de « précoce » qui doit caractériser la *précocité de la démence* eu égard au début des troubles mentaux, finit par perdre sa signification réelle et devient, dans l'esprit, le terme servant à caractériser la *précocité de la maladie* eu égard à l'âge du sujet.

Quoi qu'il en soit, on remarque que, dans mes cas, le maximum a été obtenu, *pour les femmes, entre 30 et 35 ans ; pour les hommes,* au contraire, *entre 20 et 30 ans ;* de plus, entre *40 et 55 ans,* aucun homme n'a été atteint tandis que *3 femmes* ont été frappées. Il semblerait donc bien, ainsi que Meeus l'a signalé, que la démence précoce débutant à l'âge adulte serait plus fréquente dans le sexe féminin, tandis que, quand la maladie se montre avant 25 ou 30 ans, elle frapperait surtout le sexe masculin. En d'autres termes, la démence précoce serait plus tardive chez la femme que chez l'homme.

Je me suis efforcé de déterminer les facteurs étiologiques qui ont donné naissance à la maladie.

J'ai dressé, dans les tableaux suivants, les résultats obtenus.

I. — FEMMES

Noms.	Date de la naissance.	Date de la collocation.	Date du début de la maladie.	Age au début.	Hérédité.	Chagrins.	Surmenage.	Puerpéralité.	Ménopause.	Traumatisme.	Autres causes.
D. B.	1865	1895	1890	25 ans	....						
D.	1863	1895	1887	24 »	Oncle paternel névropathe.						
C.	1872	1896	1896	24 »	Trois tantes maternelles aliénées, grand-père aliéné, grand'mère hystérique, sœur suicidée.	1					
A.	1868	1896	1896	32 »	....		1				
D.	1868	1896	1896	32 »	Mère mélancolique, plusieurs aliénés dans la famille.	1					
B.	1857	1896	1892	35 »	Frère atteint de démence précoce.	1					
D. R.	1862	1897	1892	30 »	....			1			
M.	1867	1897	1894	27 »	Famille de névrop.	1					
H.	1860	1897	1897	37 »	....						
H.	1862	1897	1895	32 »	....	1					
P.	1851	1899	1895	44 »	....				1		
M.	1869	1899	1899	30 »	Grand-père et grand'mère morts d'hémorrh. cérébrale.						
S.	1863	1899	1899	36 »	Hérédité névrop.						
S.	1868	1899	1899	31 »	Père mort d'apopl.						
L.	1863	1900	1899	36 »	....		1				
V.	1863	1900	1900	37 »	Mère aliénée.						Alcoolisme.
P.	1883	1900	1897	14 »	Parents nerveux.						
G.	1850	1900	1895	35 »	Mère, une sœur et deux frères colloqués.	1					
V.	1865	1901	1900	35 »	....			1			
V.	1866	1901	1898	32 »	Mère colloquée.			1			
F.	1874	1901	1901	27 »	Famille névropath.						Syphilis.
A.	1853	1902	1902	49 »	Plusieurs nerveux, frère suicidé.				1		
M.	1877	1902	1897	20 »	....	1					
C.	1873	1902	1902	29 »	Grand'mère maternelle aliénée.	1					
G.	1879	1902	1900	21 »	....						
B.	1864	1902	1897	33 »	Mère hystérique.					1	
V.	1875	1903	1902	27 »	Frère sourd, mère simple.	1					
F.	1847	1901-02-03	1901	54 »	Deux sœurs hystériques.				1		
28 cas.						9	2	3	3	1	Alcoolisme 1 Syphilis 1

II. — HOMMES

Noms.	Date de la naissance.	Date de la collocation.	Date du début de la maladie.	Age au début.	Hérédité.	Chagrins.	Surmenage.	Puerpéralité.	Ménopause.	Traumatisme.	Autres causes.
D.	1866	1897	1896	30 ans	Père aliéné.		1				
D.	1872	1898	1896	24 »	Bisaïeul et quatre tantes apoplectiques, père fou moral.					1	
D.	1874	1898	1898	24 »	....					1	
B.	1868	1899	1898	30 »	....						Impaludisme.
P.	1881	1900	1900	19 »	Famille névropathique.						
S.	1874	1900	1898	22 »	Famille névropathique.						
V.	1865	1900	1900	35 »	....						
R.	1865	1901	1901	36 »	Père dément alcoolique.						
D.	1877	1901	1900	23 »	....						
T.	1876	1901	1901	24 »	Famille névropathique.		1				
M.	1881	1901	1901	20 »	Frère suicidé, mère colloquée, frère dément précoce.						
P.	1862	1902	1902	40 »	....						Alcoolisme.
V.	1870	1902	1901	31 »	Père goutteux, mère hystérique.					1	
T.	1873	1902	1900	27 »	Hérédité névropathique.						
G.	1861	1902	1900	39 »	Oncle et frère apoplectiques.		1				
W.	1868	1903	1897	29 »	Mère hystérique.						Syphilis (pas de surmenage ni d'alcoolisme).
D.	1868	1903	1902	34 »	Sœur et tante colloquées.						Syphilis.
B.	1864	1903	1902	36 »	Mère apoplectique.	1					
H.	1873	1904	1903	30 »	Père alcoolique, mère et sœur déséquilibrées.	1					
19 cas.						2	3			3	Impaludisme 1 Alcoolisme 1 Syphilis 2

Sur les *47 cas* je rencontre *32 fois* des antécédents névropathiques ou psychopathiques, souvent très accentués, ce qui fait une proportion de *68,08* °/₀, chiffre qui correspond à peu près à ceux de Mucha (75 °/₀), Kraepelin (70 °/₀) et Deny.

Parmi les causes occasionnelles, j'ai trouvé, sur le total des cas : *11 fois* les *chagrins prolongés*, *5 fois* le *surmenage intellectuel*, *4 fois* le *traumatisme* et *3 fois* la *syphilis*.

Sur les *28 femmes*, je relève : *9 fois* les chagrins, *3 fois* la ménopause, *3 fois* la puerpéralité, *2 fois* le surmenage intellectuel, *1 fois* la syphilis, *1 fois* l'alcoolisme et *1 fois* le traumatisme.

Chez les *19 hommes*, je trouve : *3 fois* le surmenage intellectuel, *3 fois* le traumatisme, *2 fois* les chagrins, *2 fois* la syphilis, *1 fois* l'impaludisme et *1 fois* l'alcoolisme.

Les *chagrins* seraient donc une cause plus fréquente chez les *femmes* tandis que le *surmenage intellectuel* et le *traumatisme* se rencontreraient au contraire plus souvent chez les hommes.

Dans son intéressant rapport, M. Deny considère la syphilis et l'alcoolisme comme complètement étrangers au développement de la démence précoce ; je n'ai cependant pu trouver aucun autre facteur étiologique dans mes trois cas de syphilis et dans mes deux cas d'alcoolisme. Je sais bien que, eu égard au grand nombre des syphilitiques et des alcooliques, la démence précoce est rarement provoquée par ces facteurs, mais je ne vois pas pourquoi ces intoxications ne seraient pas, tout comme les auto-intoxications, l'impaludisme, le surmenage, les chagrins, la ménopause, la puerpéralité, susceptibles de faire éclore la maladie *chez un individu prédisposé*.

Je crois également que les *traumatismes* sont une cause assez fréquente de démence précoce. D'après mon tableau, la proportion serait chez les hommes de 15,26 °/₀ (3 cas) et chez les femmes de 3,57 °/₀ (1 cas).

On sait que Lewinstein-Schlegel et von Muralt[1] considèrent les traumatismes crâniens comme une cause fréquente de catatonie. Kraepelin n'admet pas cette idée : il considère les blessures à la tête comme trop fréquentes chez les enfants pour

1. — Von Muralt : *Catatonie et traumatismes crâniens (All. Zeitschr. f. Psychiatrie*, 1900).

pouvoir être sérieusement invoquées parmi les causes de démence précoce. M. Deny approuve cette manière de voir.

Je vais essayer de démontrer la relation directe, de cause à effet, qui unit les traumatismes à la démence précoce, en invoquant, non pas des cas dans lesquels le traumatisme, plus ou moins problématique et, en somme banal, frappe l'enfant, mais bien des observations où le choc, atteignant un adulte, paraît créer la maladie.

Voici le résumé de ces observations :

I. — D..., Aristide, âgé de 26 ans, entre à la maison de santé le 8 avril 1898; l'hérédité contient un bisaïeul mort apoplectique et quatre tantes paternelles mortes tuberculeuses. Le père du malade est un fou moral. Celui-ci, d'une constitution robuste, a été, pendant deux ans environ, coureur-cycliste ; après avoir obtenu des succès, il éprouva des revers. Au surmenage physique et aux chagrins vient bientôt se joindre un traumatisme crânien, subi un an avant sa collocation, à l'occasion d'une chute de bicyclette. A partir de cet accident, le patient devint sombre, inerte, entêté (sic). A son entrée à l'établissement, je constate, au niveau de l'arcade sourcilière gauche, une cicatrice adhérente à l'os ; celui-ci est déprimé assez fortement. Le malade était affaissé, sitiophobe, et manifestait des idées religieuses et de suicide, avec hallucinations auditives.

Après avoir présenté des périodes courtes d'agitation, la stupeur s'accentue, le mutisme se montre ainsi que la catatonie ; du 10 juin 1899 au 9 décembre de la même année, date de sa sortie, le patient reste immobile, le regard fixe, dans un mutisme absolu. D'une manière générale les facultés affectives et intellectuelles sont profondément diminuées.

J'ai eu l'occasion de revoir ce malade il y a deux mois : les symptômes catatoniques se représentent encore par périodes, mais ce qui domine, c'est le déficit intellectuel profond, l'état d'hébétude, de stupeur, qui ne laissent aucun doute sur l'état démentiel définitif.

II. — D..., Harold, âgé de 24 ans, entre à la maison de santé le 3 avril 1898 ; on ne renseigne rien dans les antécédents héréditaires. En 1890, le malade fit une violente chute sur la tête ; depuis cette époque il eut, à plusieurs reprises, des accès de petit mal. En janvier 1898, il manifeste de l'insomnie, de l'agitation, des idées hypochondriaques et de suicide, des hallucinations.

A son entrée à l'Établissement, le patient présentait de la stupeur, des idées mélancoliques, des tendances au suicide. Puis, sorti de sa torpeur, il devint impulsif ; bientôt il est expansif, bienveillant (novembre 1898). En 1899, il présente de nouveau une période agressive, une agitation motrice et psychique intense. Depuis cette époque jusqu'au 29 juin 1900, date de sa sortie, le malade présente des alternatives de

dépression et d'agitation avec affaiblissement considérable du niveau intellectuel et affectif.

III. — V..., Charles, âgé de 32 ans, entre à la maison de santé le 17 mai 1902 ; l'hérédité contient un père goutteux et une mère hystérique. Le malade, d'un caractère irritable, n'a pu se créer aucune position, ses études ont été médiocres ; il a subi trois accidents de voiture et un commencement d'asphyxie. Son médecin traitant attribue la maladie actuelle à l'avant-dernier accident de voiture (18 mois avant sa collocation) qui provoqua une commotion physique et morale intense. Il fut pris, à ce moment, d'un « rire étrange » qui frappa son domestique ; ce rire se reproduisit les jours suivants ; le malade devint émotif à l'excès. Traité sans résultat à Paris, il revint chez lui et, son état devenant de plus en plus grave, sa femme se vit dans la nécessité de le colloquer.

A son entrée à l'Établissement, le malade présentait une agitation intense, avec loquacité excessive, incohérence des paroles et des actes, idées de grandeur, etc. ; il donne des ordres aux infirmiers pour commencer l'exploitation d'une meunerie, il leur distribue des millions, des hectares de terre, veut les marier et les doter, il veut cultiver les jardins à l'aide de machines agricoles modernes, il envoie une dépêche pour mobiliser un régiment d'artillerie, etc. Le lendemain, il est en plein accès maniaque, il brise les meubles, attaque les personnes qui l'entourent. Le 26 mai, je note des hallucinations auditives ; le patient s'entretient avec des êtres imaginaires. Après des alternatives de calme et d'agitation, il sort de l'Asile le 8 septembre 1902, considérablement affaibli au point de vue intellectuel. J'ai appris qu'après une rémission de quelques mois, une nouvelle atteinte s'est produite, analogue à la précédente et ayant aussi nécessité l'isolement du malade.

IV. — M[lle] B..., Clélie, âgée de 38 ans, entre à la maison de santé le 18 décembre 1902 ; les antécédents héréditaires ne contiennent, au point de vue névropathique, qu'une attaque d'hystérie chez la mère. La malade, régente d'école moyenne, d'une intelligence remarquable, fit, le 15 avril 1897, une chute de voiture : elle fut projetée la tête sur le sol. Quinze jours après se montrèrent les premiers signes de l'affection actuelle : elle devint triste, déprimée, se plaignait constamment de fatigue et disait qu'elle mourrait bientôt. Puis se déclara de l'agitation, de la loquacité, de l'insomnie, de l'incohérence psychique et motrice, de la sitiophobie. Après de nombreuses alternatives d'agitation ou de dépression, la malade fut colloquée.

Le jour de son entrée, je note une loquacité excessive, l'incohérence du langage ; elle parle avec volubilité d'événements n'ayant aucun rapport entre eux, elle compte pendant plusieurs minutes avec une rapidité très grande. Les réflexes tendineux sont fortement exagérés, le plantaire est absent ; état général médiocre.

Le lendemain, je note le gâtisme, le refus d'alimentation, l'incohérence du langage et des actes ; les renseignements relatifs à l'hérédité

ne dénotent aucune tare névropathique ; les antécédents personnels ne contiennent que du surmenage intellectuel et surtout le traumatisme crânien.

Depuis lors, l'état est resté stationnaire ; le gâtisme a disparu, la malade, d'une loquacité extrême, prend des poses stéréotypées et prononce des paroles incohérentes dans lesquelles les chiffres tiennent toujours la première place.

Ces cas me font croire que le traumatisme, et surtout le traumatisme crânien, est de nature à engendrer la démence précoce. Il est probable que la prédisposition doit exister, mais je la crois cependant moins indispensable que pour les autres facteurs étiologiques banals, tels que les chagrins, la ménopause, la puerpéralité, etc. Nous savons tous que les traumatismes crâniens sont capables de créer de toute pièce les maladies nerveuses les plus variées et les plus graves. Pourquoi ce facteur si puissant, agissant directement sur les cellules cérébrales, ne pourrait-il pas provoquer aussi la démence précoce ?

Après la communication de M. Crocq, le Président lève la séance à 6 h. 30.

A 9 heures du soir eut lieu au Palais d'Hiver la réception des Congressistes et des invités par M. Faisans, maire de Pau, et Mme Faisans.

(Voir à la fin du volume le compte-rendu des Fêtes du Congrès.)

SÉANCE DU MATIN

(2 AOUT — 9 HEURES)

Palais d'Hiver. — Salle des Fêtes.

Présidence de M. le Professeur BRISSAUD

Le Président propose de désigner la ville où se réunira le Congrès en 1905.

Le nom de la ville de Rennes ayant été mis en avant, un télégramme est adressé à M. le Docteur Sizaret, médecin en chef de l'Asile public d'aliénés d'Ille-et-Vilaine, pour le pressentir sur ce choix.

Dans sa réponse, confirmée par le témoignage de M. le Dr Dide, son médecin-adjoint présent à cette séance, M. le Dr Sizaret objecte que par suite d'un incendie qui nécessite la reconstruction de certains bâtiments, l'Asile de Rennes ne sera sans doute pas en mesure d'être présenté au Congrès en bonne forme.

Le Président consulte le Congrès qui, nonobstant les scrupules de M. le Dr Sizaret, dont il saisit la délicatesse, décide que la XVe session des Médecins aliénistes et neurologistes se tiendra à Rennes en 1905.

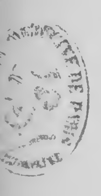
M. Brissaud invite M. Arnaud à présider la séance pour la suite de la discussion du rapport de M. Deny.

***

Présidence de M. le Dr ARNAUD, Vice-Président.

Discussion du Rapport du Docteur DENY sur les Démences vésaniques.

Dr DOUTREBENTE, *Médecin-Directeur de l'Asile des aliénés de Blois.*



Quand parut, en 1860, le traité des maladies mentales de Morel, les critiques ne lui furent pas ménagées parce qu'il bouleversait, avec sa classification étiologique, toutes les idées acquises. Sans nier l'existence des états maniaques ou mélancoliques, il oubliait à dessein — ce que notre ami Régis ne veut pas encore faire, comme l'ont fait Kraepelin et M. Denis — de décrire la manie et la mélancolie, en disant qu'il s'agissait de syndrômes pouvant se rencontrer seuls, associés ou se remplaçant à tour de rôle dans les différentes formes de maladies mentales. En cette circonstance, ainsi qu'en tant d'autres, il était encore un novateur.

Tous les orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion ont parlé non pas des démences vésaniques, sujet donné à notre rapporteur, mais uniquement de la démence précoce ; ce qui tendrait à démontrer que la démence vésanique, en dehors des formes chroniques et irrémédiables de la démence précoce, est destinée à disparaître dans les futures éditions des traités des maladies mentales. Nous ne voyons plus, en effet, dans nos Asiles, en dehors des déments précoces, que des déments séniles ou à vieillesse prématurée par lésion organique, et les déments paralytiques.

On ne comprend plus, d'ailleurs, l'existence d'une démence avec déchéance irrémédiable des fonctions intellectuelles sans lésion de l'organe. Il y a bien dans nos Asiles des aliénés chroniques, auxquels on donne le nom de déments vésaniques ; mais quand on prend la peine de les examiner avec patience et persévérance, on reconnait qu'ils ne sont pas réellement en état de démence et parmi eux, surtout, on remarque les anciens

persécutés classiques qui, en dépit des prévisions pessimistes de M. Magnan, se refusent obstinément à entrer dans le 4e stade de délire chronique, la démence finale ; ils sont rebelles à cette obligation théorique, ils se refusent à vieillir et à verser comme leurs voisins dans la démence dite vésanique. Cela tient évidemment à ce que le délire de persécution, maladie des adultes, apparaît à l'âge où les fonctions intellectuelles ont acquis leur plein développement, leur maturité, au moment où le cerveau est dans la condition de résistance la plus favorable. Pour les déments précoces, les déments juvéniles de Morel, la maladie apparaît à l'époque de la puberté, étant admis d'ailleurs que, chez les prédisposés et les dégénérés par voie d'hérédité ou d'acquisition, cette période de la vie est singulièrement prolongée, retardée, parfois prématurée.

Dans ses études cliniques (1852) Morel partageait les déments précoces en deux catégories :

1° Ceux qui, nés avec des dispositions congénitales vicieuses, peuvent, après un premier accès de manie ou de mélancolie, tomber dans l'hébétude ; cette situation est une transition vers l'*imbécillité consécutive ;*

2° Ceux qui arrivent à la même situation en dehors de l'hérédité vésanique et de la dégénérescence héréditaire, sous l'influence de causes somatiques diverses, multiples, telles que : la fièvre typhoïde, la phthisie, les convulsions du jeune âge, la chorée, une mauvaise alimentation, etc..., et, dans le premier volume des études cliniques, Morel cite des passages empruntés à Ferrus, parus en 1836, 1837 et 1838 dans la *Gazette des Hôpitaux,* dans lesquels la démence précoce est décrite sous le nom d'*Imbécillité acquise,* notion adoptée récemment par Kraepelin, et à laquelle il arrive dans la 6e édition, ainsi d'ailleurs que M. Deny en a fait la remarque ; mais Kraepelin ne s'est pas maintenu longtemps sur ce terrain, puisque dans la 7e édition il adopte une nouvelle conception étiologique de la démence précoce, déjà indiquée antérieurement par Régis. La démence précoce comporterait « des lésions destructives ou un endommagement véritable de l'écorce, vraisemblablement dus à une auto-intoxication ».

Le rapprochement, la superposition, l'analogie typique entre la démence précoce et la paralysie générale, que beaucoup

d'auteurs et M. Deny font actuellement, a aussi été fait par Morel, qui ne s'est point contenté d'avoir constaté chez un de ses malades la *verbigération*, les *mouvements automatiques* et le *nihilisme ;* car à la page 279 des études cliniques (2e vol.), il va jusqu'à dire : « Un de nos déments est continuellement dans la même position avec la tête baissée, les yeux fermés, les poings appuyés convulsivement sur la région stomacale ; un autre dément a été longtemps considéré comme *paralysé général ;* » et, à ce propos, il ajoute : « Bien des malades de ce genre doivent être compris parmi ceux qu'on a désigné comme atteints de paralysie progressive. »

Après bien d'autres, je ne crois pas qu'il soit parfois possible de faire le diagnostic différentiel entre la démence précoce au début et la confusion mentale, ce qui est important au point de vue du pronostic. Je viens d'observer un jeune malade qui nous a été confié, apportant avec lui, à son retour d'Allemagne, le diagnostic de démence précoce et qui a guéri assez rapidement, en dépit de toutes les prévisions. C'était un cas banal de confusion mentale d'origine toxique chez un dégénéré supérieur avec stigmates physiques et mentaux nettement accusés.

Pour apporter un fait de plus, analogue à ceux si intéressants fournis hier par M. Ballet, je citerai l'observation suivante : J'ai d'ailleurs montré récemment ce malade à M. Masselon, au cours d'une visite qu'il a faite à l'Asile de Blois, parce qu'il répond point pour point à la remarquable description qu'il a faite de la démence précoce ; en lisant son travail, il me semblait lire l'observation de notre malade, âgé aujourd'hui de 21 ans ; il refuse depuis 4 ans les aliments, comme il se refusait autrefois à accomplir tous les actes, qu'avec le temps, l'habitude, le dressage, il accomplit aujourd'hui automatiquement. Pour l'alimentation, quand on s'approche de lui avec la sonde-œsophagienne, il fait avec la tête une série de petits mouvements de droite à gauche et de gauche à droite et aussi de la même façon avec la main droite. Cela veut dire : « Je ne veux pas manger », et cependant, il se laisse conduire et asseoir sur la chaise préparée à cet effet ; la sonde, une fois introduite par les fosses nasales, il fait des mouvements de déglutition quand passe le liquide (œufs et lait) avec lequel il est alimenté.

Il présente des signes non douteux d'infantilisme avec dégé-

nérescence mentale et physique. Très studieux, très travailleur, il n'a jamais pu suivre ses camarades ; il était encore en 4e à 17 ans et a été refusé à son examen de grammaire ; c'est même à cette occasion que l'accès actuel a débuté brusquement. Élevé par une mère mystique, adorant son fils, il est resté un puéril, n'ayant aucune affection apparente pour son père. Quand je disais au père : il ne veut pas manger, il ne veut pas se promener, il ne veut pas se coucher ou se lever, il me disait : c'est par entêtement, sa grand'mère maternelle *est toujours d'un avis opposé, elle nierait la lumière en plein jour.* La négation était passée chez elle à l'état de tic mental systématique.

M. VALLON, *Médecin de l'Asile Clinique, Paris.*

Je ne m'étais pas fait inscrire pour prendre la parole, mais puisque tous les aliénistes interviennent dans le débat, en gardant le silence je craindrais de ne pas avoir d'opinion ou, ce qui est pire, attendre pour la formuler des temps meilleurs, c'est-à-dire que la question soit résolue dans un sens ou dans l'autre.

Toute la question de la démence précoce est en somme, à mon avis, dominée par une affaire de définition. Pour moi, la démence vésanique est toujours ce que l'ont décrite nos maîtres, non pas une maladie mentale, mais la période ultime, l'aboutissant des diverses vésanies, la déchéance finale des facultés intellectuelles.

On observe la démence à la suite de la manie, de la mélancolie, mais seulement dans la grande majorité des cas, lorsque la vésanie dure depuis de très longues années. La démence consécutive aux délires systématisés se produit encore plus tardivement. Un fait m'a beaucoup frappé. Quand j'ai été nommé chef de service à Ste-Anne j'ai retrouvé un certain nombre de malades qui s'y trouvaient déjà à l'époque de mon internat, c'est-à-dire depuis vingt-cinq ans et plus. Parmi eux il y avait un homme atteint de délire systématisé religieux qui s'était donné le titre de « balayeur du Christ » ; eh bien, en 1900, il était exactement tel que je l'avais observé en 1879 ; la démence ne l'avait point atteint, ses facultés intellectuelles n'étaient ni diminuées ni désagrégées. Il avait été et il restait un homme intelligent et instruit ; docteur en médecine, il avait beaucoup voyagé et s'était surtout occupé de botanique ; il racontait ses voyages avec

beaucoup de détails et de précision ; il montrait toujours des connaissances étendues en histoire naturelle. Ce cas n'est pas extraordinaire. Beaucoup de malades qui, d'après une observation superficielle paraissent déments, ne le sont point en réalité ; si on les interroge soigneusement on ne tarde pas à s'apercevoir que leurs facultés intellectuelles sont encore très actives, leur délire bien coordonné.

La démence est moins longue à s'établir dans la folie des dégénérés. Les délires systématisés, quand ils se développent sur un fond de dégénérescence, ont une évolution plus rapide que lorsqu'ils naissent dans un cerveau antérieurement sain. Leur progression se fait d'autant plus vite que la dégénérescence est plus profonde, c'est-à-dire que le délire trouve un moins résistant, plus invalide. Tout naturellement la démence, phase ultime de la maladie, apparaît plus tôt, est relativement précoce. Mais ce n'est pas encore là la véritable démence précoce.

La démence précoce proprement dite est celle qui succède à l'hébéphrénie et qui a été décrite depuis longtemps ; mais j'admets parfaitement aussi la démence précoce consécutive à la folie catatonique ou à la confusion mentale car elle répond à la réalité des faits. Par contre, je repousse énergiquement cette théorie qui confond la folie catatonique et la confusion mentale primitive avec la démence précoce.

La confusion mentale est une vésanie ; elle peut aboutir rapidement à la démence qui mérite alors très justement le qualificatif de précoce, mais elle n'évolue pas forcément vers la démence ; elle peut guérir, elle guérit même assez souvent ; il n'est donc pas permis de considérer ces deux expressions, confusion mentale et démence précoce, comme équivalentes. Qui dit démence dit état incurable, déchéance définitive et irrémédiable des facultés intellectuelles ; qui dit confusion mentale dit au contraire maladie pouvant guérir.

Ces considérations s'appliquent à la catatonie comme à la confusion mentale : il faut distinguer la folie catatonique le plus souvent mais pas toujours incurable, qui peut aboutir à la déchéance intellectuelle définitive mais qui n'y aboutit pas forcément et la démence précoce qui est l'aboutissant ordinaire mais non nécessaire de la folie catatonique.

En résumé il n'y a pas *une démence précoce* mais *des démences précoces :* la démence hébéphrénique, la démence consécutive à la confusion mentale ou à la catatonie existent réellement mais, hébéphrénie, catatonie, confusion mentale ne doivent pas être confondues avec la démence précoce. Assigner à ces divers termes la même valeur c'est vouloir embrouiller la question comme à plaisir. Il faut, au contraire, de toute nécessité, conserver au mot démence la signification précise qu'il a toujours eu, en France, de déchéance intellectuelle irrémédiable, d'abolition des facultés mentales et considérer la démence vésanique non comme une entité morbide primitive mais comme la phase ultime des vésanies, l'aboutissant possible mais non fatal de ces psychoses.

Nous avons déjà en pathologie mentale une dénomination très impropre, celle de *paralysie générale*. Elle s'applique à une maladie de l'encéphale dans laquelle il n'y a jamais paralysie totale mais seulement parfois une paralysie limitée à un côté ou à un seul membre, une hémiplégie ou une monoplégie le plus souvent transitoires. Ce terme de paralysie générale est consacré par l'usage ; conservons-le, mais gardons-nous d'en créer un autre aussi défectueux en désignant par le vocable unique de démence précoce plusieurs maladies susceptibles de guérison.

Un mot et j'ai fini.

Des novateurs marchent à l'assaut du vieil édifice construit surtout par les aliénistes français; ils l'ont criblé de projectiles. Eh bien, nous, ses défenseurs, ramassons ces engins ; dans le nombre il y a certes des cailloux sans grande valeur, mais on y trouve aussi des moellons propres à bâtir. Servons-nous-en pour agrandir et améliorer l'édifice que nous devons à nos aînés, mais ne laissons pas détruire celui-ci sans savoir par quoi le remplacer. Il est encore solide, bâti sur l'observation clinique c'est-à-dire sur le roc. Je ne prétends pas qu'il durera éternellement mais, me semble-t-il, la pioche qui doit le démolir n'est pas encore forgée.

MM. PACTET et PRIVAT DE FORTUNIÉ, *de l'Asile d'aliénés de Villejuif (Seine).*

Je désirerais vous communiquer en mon nom et au nom de M. le Dr Privat de Fortunié, mon interne, qui les a recueillies,

sept observations de démence précoce qui présentent, selon moi, un certain intérêt en raison de la possibilité, dans ces sept cas, de déterminer, avec quelque précision, les conditions dans lesquelles s'est développée la maladie. Je dois dire de suite que les conclusions qui en découlent ne concordent pas avec les vues de l'école allemande sur la question.

Les différents auteurs sont encore loin de se trouver d'accord sur l'étiologie et la pathogénie de la démence précoce, et l'on voit percer chez la plupart d'entre eux, relativement à ses causes, un certain exclusivisme qui, en général, n'est jamais l'expression de la vérité dans les questions d'ordre médical. J'entends bien que la doctrine de la dégénérescence subit ici le sort réservé à tous les despotes ; elle se voit détrônée après avoir régné longtemps chez nous en maîtresse absolue sur la pathologie mentale et réclamé de tous un ralliement sans réserve à son orthodoxie scientifique. Le défaut de cette doctrine, dont la légitimité ne saurait être sérieusement contestée, était de n'attacher pas toute l'importance qu'elle mérite à la recherche des causes prochaines présidant à l'éclosion des maladies mentales et de s'en tenir, pour expliquer leur développement, à la seule notion de dégénérescence, notion qui relève plutôt de l'anthropologie que de la pathologie et se trouve, de ce fait, apte surtout à nous fournir des indications sur les causes éloignées et les plus générales de ces maladies : c'est en ce sens que peut s'expliquer la réaction contre la doctrine. Mais il ne faudrait pas, dans cette réaction, dépasser la mesure pour retomber dans une situation analogue à celle contre laquelle l'on s'est efforcé de réagir, et je crains bien que ce soit la tendance d'un bon nombre d'auteurs en ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie de la démence précoce.

Dans les sept observations dont je vais vous parler je vois la maladie résulter de la combinaison de deux causes : une prédisposition tenant à l'hérédité ou à des accidents de la vie fœtale et une cause occasionnelle qui est, soit l'infection, soit l'auto-intoxication. Et il ne me semblerait pas illogique, d'après ces faits, d'admettre que la démence précoce exige, pour se développer, un cerveau débilité par des causes héréditaires ou dont l'influence s'est fait sentir au cours de la vie intra-utérine et devenu ainsi particulièrement vulnérable aux actions pathologi-

ques s'exerçant ultérieurement sur lui, surtout aux infections ou aux auto-intoxications produites par des maladies aiguës ou des chocs moraux dont le rôle, en l'espèce, ne me paraît pas devoir être négligé.

J'ajoute que tous les malades qui font l'objet de ces observations sont des sujets jeunes chez qui les premiers symptômes de l'affection se sont manifestés aux environs de la vingtième année, plus tôt pour cinq d'entre eux, et à 27 et 28 ans pour les deux autres. J'attache une grande importance à l'âge parce que, pour moi, la démence précoce dont l'existence ne saurait faire de doute, est une maladie de l'adolescence ou de la première jeunesse, et je ne puis partager sur cette question les idées de l'école allemande qui est en voie d'englober dans cette espèce nosologique la pathologie mentale à peu près tout entière, et à tomber dans le même excès que nous, à propos de la dégénérescence.

Enfin la longue durée des accidents chez les déments précoces que j'ai eu l'occasion d'observer me conduit à croire, contrairement encore aux idées allemandes, à l'incurabilité de cette maladie et à considérer, comme se rattachant à d'autres formes et, en particulier, à la confusion mentale, les cas de démence précoce signalés comme ayant été suivis de guérison. Pour ma part, dans une pratique d'une quinzaine d'années, je n'ai pas encore vu d'aliéné chez qui la guérison ait été obtenue après la persistance des troubles mentaux, sans amélioration aucune, pendant une durée de 4, 5, 6, 8 ou 10 années, comme c'est le cas pour les déments précoces qui se trouvent actuellement dans mon service.

Voici quelques indications sommaires sur les observations dont j'ai tiré les conclusions que je viens d'exposer :

Chez cinq malades l'on rencontre une hérédité vésanique en ligne directe et en ligne collatérale ; chez les deux autres des accidents au cours de la vie intra-utérine ; tous deux sont nés avant terme. A noter l'hydramnios chez la mère de l'un d'eux pendant la grossesse.

Dans trois cas, des maladies infectieuses ont précédé, à peu de distance, l'éclosion de la maladie ; dans les quatre autres, l'on rencontre, au début des accidents, des chagrins très vifs ou le surmenage.

Au point de vue de l'âge, la maladie a débuté chez deux malades à 18 ans, chez deux autres à 19 ans, chez un à 21 ans et chez les deux derniers à 28 ans.

La durée de la maladie jusqu'à ce jour est pour un de trois ans, pour un autre de quatre ans, pour deux de six ans, et pour les trois derniers de huit, neuf et quatorze ans.

Observation I. — A..., Antoine, mouleur, entre à l'Asile de Villejuif le 24 novembre 1902, à l'âge de 33 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père, alcoolique, est mort à l'hôpital Beaujon, probablement d'une maladie de foie. La mère, qui vit encore, est rhumatisante.

Un frère du père était alcoolique, avait des visions et disait que des personnes lui en voulaient, mais il n'a pas été enfermé dans un Asile.

Antécédents personnels. — Le malade est né quand le père commençait à faire des excès de boisson.

A 11 ans il a été atteint du croup et a été soigné à l'hôpital Trousseau où on lui a fait une trachéotomie. Étant enfant et même jeune homme A... était sujet à des maux d'oreilles, il éprouvait des élancements violents aboutissant à une suppuration légère et de courte durée.

Plus tard, il aurait fait quelques excès de boisson. A... est allé à l'école jusqu'à l'âge de 11 ans ; mais, pour cause de maladie, il n'a pu suivre régulièrement la classe. Il était intelligent, au dire de sa sœur, mais avait mauvaise mémoire. A partir de 11 ans, il est mis en apprentissage chez un mouleur en bronze ; il apprend très facilement le métier et devient à son tour un excellent ouvrier. Néanmoins, sa sœur a remarqué que, depuis l'âge de 11 ans, époque à laquelle il a eu la diphtérie, l'intelligence du malade restait stationnaire au lieu de se développer. A 14 ans, à la suite d'une correction un peu violente de la part de sa mère, il a voulu se jeter par la fenêtre, mais sa sœur l'a retenu. A 18 ans, il tenait des raisonnements comme un enfant de 10 ans. On a remarqué chez lui, à cette époque, certaines habitudes bizarres : il consultait un calendrier pendant des heures entières sous prétexte de calculs à faire.

Histoire de la maladie. — A l'âge de 21 ans, en 1890, A... faisait son service militaire à Brest, dans l'infanterie de marine. Son régiment fut envoyé à la Nouvelle-Calédonie. Pendant le trajet, sans motif plausible, A... refuse de se découvrir sur l'ordre d'un supérieur ; ce dernier lui jette son képi par terre. A... riposte par un coup de tête dans le ventre. Pour ce motif, en arrivant à Nouméa, il est traduit devant un Conseil de guerre et condamné à mort. Dans la suite, sa grâce est demandée et, au bout de huit mois, il est envoyé aux pénitenciers d'Afrique pour y finir son service militaire. Là, A... se rend coupable d'un nouvel acte de rébellion et, pour la seconde fois, est condamné à la peine de mort. A ce moment, le malade fut examiné par un médecin militaire qui contribua à faire commuer sa peine en vingt ans de

détention. Ramené en France, à Clairvaux, A... donne des signes manifestes d'aliénation qui ont motivé son transfert à l'Asile de Gaillon. Entré à Gaillon en 1897, le malade y est resté jusqu'en 1902, époque à laquelle, bénéficiant d'une grâce, il a été conduit à l'Asile de Villejuif.

Pendant le séjour du malade à Gaillon, sa sœur est allée le voir une fois. Elle l'a trouvé complètement abruti, l'air craintif, comme s'il redoutait d'être battu. A... ne l'a d'ailleurs pas reconnue. A la même époque, le malade écrivait à sa sœur des lettres incohérentes où la date de l'année était mal mise.

État actuel. — A l'heure actuelle, le malade est calme, mais il a eu autrefois des moments d'agitation et un jour il a cassé un banc. Relativement assez propre, il n'a jamais été gâteux. Dans la journée, il se promène, se met quelquefois à genoux et fait le signe de la croix. Quand ses parents viennent le voir, A... ne leur témoigne aucune affection ; il reconnaît cependant sa mère et son beau-frère, mais ne paraît pas reconnaître sa sœur à laquelle il donne un nom de fantaisie. Ses discours sont des divagations incohérentes : « Il est ici sous le nom d'A..., en réalité il s'appelle Dieu. » Il dit à sa mère qu'elle a « des lunettes toutes vivantes ». Dans son attitude se révèlent des stéréotypies : c'est ainsi qu'il fait souvent le geste de retirer quelque chose du nez ou de la bouche et de le rejeter par terre. On remarque, en outre, certains mouvements des mains analogues aux mouvements carphologiques. Le malade a une tendance à imiter les attitudes et parfois on l'a vu prendre des attitudes théâtrales. Dans son langage et ses écrits, on relève de l'écholalie, du maniérisme, de la jargonophasie et l'emploi de néologismes. Si on le prie d'écrire quelques noms d'animaux, il trace à côté de noms connus une série de noms baroques rangés par assonance.

A... ne présente ni catatonie ni dermographisme. Deux signes méritent encore d'être notés : l'exagération des réflexes rotuliens et la diminution de la sensibilité. Le malade s'enfonce lui-même une épingle dans la cuisse et s'arrête de pousser en disant que ça ne peut pénétrer davantage.

Observation II. — A..., Georges, est sur le point d'atteindre sa vingtième année lorsqu'il arrive à l'Asile de Villejuif, le 16 mai 1903.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont vivants et bien portants. Des deux côtés il n'existe pas d'aliénés dans la famille. Cependant la grand'mère paternelle était très nerveuse : elle avait des attaques de nerfs ; il lui arrivait de pleurer sans motif, de discourir seule ou d'une façon extravagante.

Antécédents personnels. — A..., fils unique, est venu au monde dans d'excellentes conditions. A l'âge de deux ans il a eu la coqueluche et à trois la rougeole. Ce sont les seules maladies survenues dans son existence. Placé à l'âge de sept ans dans un lycée où il débute en huitième, A... remporte chaque année des prix et non des moindres. En sixième, il concourt pour une bourse de l'État et en obtient les 3/4. Il a d'ex-

cellentes aptitudes pour les langues vivantes, l'histoire, les langues grecque et latine, se familiarise difficilement avec les mathématiques. En seconde, A... se présente au concours général pour l'allemand et obtient un second prix. Vers cette époque, sa famille va habiter Buenos-Ayres tandis qu'il reste en France comme interne dans un lycée. Du jour où il est enlevé à la vie de famille, son caractère se modifie, devient bizarre, suivant la remarque de ses maîtres. Il est taciturne, se promène seul dans la cour, a quelques idées noires ; il se dit et se croit orphelin. Néanmoins, à la fin de sa rhétorique, A... passe son baccalauréat (1re partie) avec la mention « assez bien » et, l'année suivante, il passe avec succès la 2e partie. A... prépare ensuite le baccalauréat ès-sciences qu'il arrive à passer au bout d'une année, à la suite d'un grand effort de travail et de nombreuses veilles. A... vient d'avoir 18 ans ; peu après, au mois d'octobre 1901, il se met à la préparation de la licence ès-lettres. Ses études se poursuivent normalement jusqu'au mois de novembre. En composition latine, en dissertation et en allemand A... est second sur seize élèves.

Histoire de la maladie. — Vers le milieu de novembre 1901, ses leçons sont moins sues, ses devoirs deviennent incompréhensibles ; il se trouve rapidement à la queue de la classe et les pions le punissent constamment. A... commence à avoir des idées noires et des idées de persécution. Il se croit perdu et écrit à son grand-père qu'il est résolu de se suicider. Il considère ses camarades comme des ennemis, se blottit dans sa chambre, barricadant la porte et menaçant de tuer quiconque entrerait. On veut l'empoisonner et il ne touche à un mets que si une autre personne l'a déjà goûté. Il a des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Il prend son grand-père pour un janissaire et se jette sur un couteau pour lui faire un mauvais parti.

Le 13 janvier 1902, le malade est interné à l'Asile d'Armentières. Au bout de six mois de séjour dans cet établissement, le malade avait perdu la connaissance de tout ce qu'il avait appris, même de son nom.

Le 20 novembre 1902 ses parents le reprennent chez eux et, sept mois après, le 15 mai 1903, le placent à l'Asile de Villejuif.

D'après les renseignements du père, le malade était depuis l'âge de 13 ans très enclin à la masturbation, s'excitant quatre à cinq fois par jour, malgré les remontrances de sa famille. Au moment de son entrée dans le service, le malade ne parle que lorsqu'on lui adresse la parole et il répond invariablement par cette phrase : « Je ne sais pas. » Il passe ses journées la tête penchée, l'esprit absorbé, et ne prêtant aucune attention à ce qui l'entoure. Le malade est resté ainsi quatre mois sans causer, présentant par intervalles des états d'excitation au cours desquels il adressait des injures aux personnes qui le regardaient. Une fois, il a eu soudainement un mouvement impulsif et a fait le geste de frapper une personne avec une chaise. A ce moment, il avait l'habitude de se masturber plusieurs fois par jour dans les cabinets où on l'a surpris à différentes reprises. Depuis le mois d'octobre 1903, le malade cause un peu, spontanément, s'adresse au chef de quartier

pour lui demander du tabac et continue à répéter sa demande lorsqu'on lui a déjà répondu. Plusieurs fois dans la même journée il vient serrer la main du chef de quartier, paraissant accomplir un acte automatique. Parfois, il se tient blotti dans un coin, derrière une porte et chante à mi-voix un air monotone. A certains jours il répète continuellement une même phrase qui n'a pas beaucoup de sens. Le malade a encore de courtes périodes d'excitation et dernièrement on a dû le passer, pour une nuit, au quartier des agités ; ou bien il a des mouvements impulsifs : c'est ainsi qu'au mois de mai dernier il a saisi brusquement un couteau et s'est ensuite levé comme pour frapper quelqu'un. Depuis quelque temps, on le surprend moins souvent à se masturber. On est obligé, tous les matins, de faire lever le malade, de lui dire de se débarbouiller et de le conduire au lavabo. Bien qu'il ne recherche pas la saleté, sa tenue est souvent négligée ; il ne se brosse jamais, il est souvent mal culotté et ses vêtements restent déboutonnés. Cependant, il mange proprement et n'a jamais été gâteux.

État actuel. — A... présente l'aspect d'un sujet insouciant; toutefois le facies ne paraît pas hébété. On remarque seulement une certaine immobilité des traits, le regard manque de vivacité et d'expression. Par moments la physionomie s'éclaire d'un éclat de rire fugitif qui présente les caractères d'un tic convulsif.

Rien de particulier à noter dans son attitude, le malade ne présente ni catatonie, ni attitudes stéréotypées, ni négativisme.

Les troubles de l'attention et du souvenir sont très marqués. Le malade est incapable de répondre à un questionnaire écrit où on lui demande son nom, son âge, sa profession, l'année, le mois, le jour, etc. Il lit plusieurs fois le questionnaire à haute voix, regarde fixement la personne qui l'interroge, mais on ne peut en tirer aucune réponse. Lorsqu'on l'interroge de vive voix il fait continuellement les mêmes réponses : « Oui Monsieur... », « Je ne sais pas... », « Je ne connais pas... », ses réponses sont catégoriques, elles ne se font pas attendre. On dirait, au premier abord, que le malade a compris la question et qu'il se fait un jeu de ne pas répondre, mais on ne tarde pas à s'apercevoir que toutes ses réponses présentent un caractère automatique et traduisent le vide de la pensée. A... est incapable de dire le nom de personnes qui l'entourent sauf celui du chef de quartier. Son nom paraît tout d'abord lui être étranger, mais il vient cependant quand on l'appelle par son nom.

Il est capable de lire et de copier un court récit, mais on ne peut obtenir de lui un résumé de ce qu'il vient de lire. Il en a gardé cependant un certain souvenir, car si quelques instants après on lui montre le même récit il le reconnaît et nous dit en deux mots le fond de l'histoire.

L'évocation des souvenirs et des images mentales est particulièrement atteinte chez lui. Il ne peut dire le nom des auteurs qu'il a lus, les noms des principaux pays de l'Europe. Au contraire, si on lui demande combien font 8×5 ou si on lui pose toute autre question portant sur les quatre règles, il répond correctement. Il est incapable

d'écrire le nom d'un animal qu'il a pu voir à différentes reprises. Par contre, si on lui montre différents objets il les reconnaît et les nomme.

Passant à l'examen physique, on ne trouve chez le malade aucune modification des réflexes tendineux, ni des réflexes cutanés. Il en est de même pour le réflexe pharyngien et les réflexes pupillaires. Les pupilles sont égales et en état de mydriase légère. Il existe du dermographisme très net avec élevure de la peau. Notons enfin l'absence d'œdème et de cyanose des extrémités.

Observation III. — C..., Samuel, israélite, exerçant la profession d'agriculteur, entre à l'Asile de Villejuif, le 17 avril 1903, à l'âge de 24 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père, mort à 40 ans, aurait fait quelques excès de boissons les derniers temps de sa vie, mais après la naissance de l'enfant. La mère est vivante et bien portante. Un frère âgé de 20 ans est également bien portant. Une sœur est morte de la variole à six mois. Un cousin germain de la mère a eu une crise d'aliénation mentale dont il a guéri par la suite.

Antécédents personnels. — Lui-même n'a jamais fait de maladie ni commis d'excès d'aucune sorte, soit alcoolique, soit vénérien. C'est seulement à partir du jour où il a commencé à donner des signes de dérangement cérébral qu'il a commencé à boire un peu d'alcool, une gorgée de temps en temps, mais sans jamais se griser.

C... a toujours été considéré comme un sujet intelligent, il apprenait facilement, et était très aimé de ses professeurs. Il lisait beaucoup, on lui avait même conseillé de moins lire. Très sensible, il ne mangeait pas de viande par pitié pour les animaux.

Histoire de la maladie. — En 1898, à l'âge de 19 ans, C... éprouve une vive contrariété. Ayant une concession agricole, il avait fait venir son frère auprès de lui, pour le faire entrer dans une institution agricole, sans en informer auparavant le propriétaire de la concession. Celui-ci, mis au courant du fait, s'est opposé au projet de son colon. Dès lors, C..., prend une détermination singulière ; il abandonne sa concession pour chercher du travail ailleurs, mais il ne peut en trouver car l'Administration s'oppose à son emploi. Cependant, à la suite de démarches, on obtient sa réintégration dans sa situation antérieure. Ceci se passe en avril 1898. A partir de ce moment, C... a perdu le goût du travail, il va encore aux champs, mais il passe ses journées à chanter des chansons tristes et à pleurer.

Quatre mois plus tard, en août 1898, l'état de tristesse augmente, C... éprouve de violents maux de tête, trépigne comme s'il avait des hallucinations, se plaint de ses ennemis (tous ceux qui se sont opposés à l'admission de son frère), et ne veut plus rentrer se coucher. Sur l'avis d'un médecin, on le change de milieu, on l'amène à Constantinople, puis on le place dans une maison d'aliénés du gouvernement français. Un mois après, en septembre 1898, le médecin de l'établisse-

ment le fait sortir sans avoir fait de diagnostic précis sur sa maladie.

Pendant son absence, C... a été de nouveau dépossédé de sa concession. Il proteste, mais sans obtenir gain de cause. A ce moment, on l'envoie de nouveau à Constantinople où il est placé dans le même établissement. Il y reste 8 mois et lorsqu'il en ressort il est calme mais on ne le considère pas comme guéri. Pendant deux ans, jusqu'en 1901, C... reste sans travailler, dans le plus complet désœuvrement. Sans cesser d'être calme, il est sombre, taciturne, se contentant de demander ce dont il a besoin, et ne conversant jamais avec personne.

Vers la fin de 1901, C... vient en France avec sa mère. A une escale, quatre heures avant d'arriver à Marseille, il disparaît brusquement. Le jour même, on le retrouve au bord d'une rivière, donnant des signes d'aliénation mentale. Il est placé à l'hôpital d'Arles, mais en ressort peu après. Puis sa mère perd sa trace pendant huit mois, jusqu'au jour où elle apprend qu'il a été condamné à quinze jours de prison, pour vagabondage, à Nîmes, vers janvier 1903. Après qu'il a subi sa peine, sa mère le ramène à Paris à la fin de février 1903. Placé tout d'abord à l'hôpital Rotschild, on ne peut le garder parce qu'il chante, se lève, se promène continuellement. Il devient urgent de le placer dans un Asile et le 18 avril suivant C... entre à Villejuif.

Au moment de son entrée dans le service, le malade est taciturne, se promène dans la cour, en répètant souvent : « Canaille, saloperie, vaurien. » Il quitte ses vêtements et les abandonne n'importe où. Au bout de quelques jours, l'agitation augmente, C... quitte ses souliers et les lance contre les autres malades ; il se précipite sur les personnes avec des yeux menaçants. On est obligé de le passer au quartier des agités le 22 avril.

Le malade n'a pas eu de nouvelle période d'agitation jusqu'au mois de mai dernier, où il s'est mis à déchirer ses vêtements et à pousser des cris aigus pendant toute une soirée.

Depuis six mois, C... ne répond presque plus aux questions. Lorsqu'il est de mauvaise humeur, il se promène dans la cour en faisant entendre un cri guttural qui ressemble à un grognement. Les premiers temps de son séjour à l'Asile, C... embrassait quelquefois sa mère et lui parlait pendant ses visites. Actuellement, il ne fait plus attention à elle et s'assied à ses côtés sans lui causer. Ce malade ne prend aucun soin de sa personne, ne garde jamais de cordons à ses souliers, reste souvent à la pluie, déchire ses vêtements et mange salement. Il lui est même arrivé de gâter au lit trois ou quatre fois depuis son entrée.

État actuel. — L'attention est très diminuée : C... se tient constamment la tête baissée sans regarder autour de lui ; il relève cependant la tête lorsqu'il entend prononcer son nom. La mémoire est également affaiblie, le malade ignore son âge, se figure être à Smyrne, et ne peut dire en quelle année l'on se trouve. Son vocabulaire est réduit à quelques mots : « Quoi ?... oui... rien... merci... je ne sais pas... » Incapable de répondre par écrit à un questionnaire, il trace des mots

sans suite ou des phrases tirées de la Bible. C... reconnaît encore et nomme différents objets qu'on lui présente.

L'examen somatique pratiqué chez lui a donné les résultats suivants :

Réflexes rotuliens normaux ;

Réflexe plantaire très diminué ;

Réflexe pupillaire diminué à la lumière et à l'accommodation ;

Mydriase et inégalité pupillaire ;

Absence de troubles circulatoires et de dermographisme.

Observation IV. — F..., Jules, garçon d'hôtel, a déjà fait un premier séjour à l'asile en 1897. Il est actuellement âgé de 35 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père, tapissier, a succombé à une attaque d'apoplexie. La mère est morte de tuberculose pulmonaire. Une tante maternelle a été internée à la Salpêtrière.

Antécédents personnels. — F... est allé à l'école de 7 à 13 ans; d'une intelligence moyenne, il possède une instruction élémentaire.

A l'âge de 20 ans, F..., s'est blessé au genou avec une hache. La blessure s'est compliquée d'inflammation de l'articulation avec ankylose consécutive. Aussi, a-t-il été réformé l'année suivante pour cette infirmité. F... n'a jamais commis d'excès alcooliques; mais, suivant son aveu, il aurait des habitudes de masturbation.

Histoire de la maladie. — Vers la fin de l'année 1895, F... éprouve une vive contrariété : au moment de se marier, il apprend que sa fiancée a commis une faute, et a déjà eu un enfant. Après avoir été sur le point de rompre avec elle, il se décide finalement à l'épouser, car il est très fortement épris. Mais, peu de temps après son mariage, un autre chagrin lui est réservé : sa femme tombe malade d'une affection pulmonaire de longue durée. F... dépense tout son argent pour la soigner. A la suite de cette nouvelle épreuve, son caractère s'assombrit, il devient taciturne. F..., a alors 27 ans. Un an et demi après son mariage, en 1897, sa femme meurt dans le train alors que lui-même la conduit à la campagne. F... reste très impressionné par cette dernière scène et très affecté par la mort de sa femme. Bientôt des modifications plus sensibles apparaissent dans son caractère. Comme garçon d'hôtel, il quitte successivement ses places, devient méchant, toujours surexcité. En proie à des hallucinations, il se figure voir des crimes. Il a des idées noires, se croit poursuivi par des personnes, et répète continuellement qu'il faut que sa tête tombe. Deux mois environ après la mort de sa femme, le 13 juillet 1897, F... profite d'un moment où il se trouve seul pour faire une tentative de suicide, en essayant de se couper la gorge. Transporté à l'hôpital Beaujon, où on lui suture sa plaie, il est ensuite dirigé sur l'Asile Ste-Anne et, de là, envoyé à Villejuif le 16 juillet 1897.

A ce moment, le malade est très surexcité et prétend qu'on le fait passer dans un four en flammes. Au bout de quinze jours, l'excitation cesse pour faire place à un état de dépression mélancolique. Le 7 avril 1898 F... sort de l'Asile, amélioré mais non guéri.

Une fois dehors, il travaille pendant quelque temps, mais à la fin du mois d'août, à la suite d'une visite dans une église, il est repris par des souvenirs pénibles. Quelques jours après, il devient taciturne, ne répond pas lorsqu'on l'appelle, puis il ne veut plus descendre de sa chambre, reste blotti devant la porte, et urine même en cet endroit. Craignant une nouvelle tentative de suicide, sa famille le fait interner à nouveau, et le malade rentre à l'Asile de Villejuif le 2 septembre 1898.

A cette époque, et pendant un certain temps, le malade se trouve dans une phase de dépression. L'année suivante, en 1899, survient une période d'excitation. F... ne peut rester en place et casse des carreaux; on est obligé de le passer au quartier des agités. Devenu plus calme, on le place dans un autre quartier où il prend des habitudes bizarres, comme celle de faire des cabrioles sur la tête d'un bout à l'autre de la cour. En août 1903 survient une nouvelle phase de dépression qui s'accompagne même à un moment donné de gâtisme. Dans la journée, il reste des heures entières immobile dans un coin, toujours dans la même attitude, debout, la tête penchée et les bras croisés sur la poitrine; on le voit rarement s'asseoir. A d'autres moments, F... a des mouvements impulsifs et à plusieurs reprises il a essayé de frapper des malades avec des chaises. On le fait coucher au mois de novembre 1903, mais c'est chez lui une habitude de démonter continuellement son lit, d'enlever les matelas, de les épousseter quinze à vingt fois de suite, tout cela sans parler. Si on lui fait une observation, il entre en des colères subites. Dernièrement, F... s'est arraché les poils de ses moustaches et les poils du pubis; il a, en outre, l'habitude de se gratter et de s'écorcher les jambes.

État actuel. — Actuellement, le malade est levé, il mange assez proprement et de bon appétit. La nuit il lui arrive rarement d'uriner au lit. F... est ordinairement calme, plutôt déprimé; il parle peu et on est obligé de le presser de questions. Également indifférent à sa sortie et à sa famille, il répond souvent par cette phrase : « Je m'en fiche pas mal »; il ne sait pas davantage les noms des personnes qui l'entourent. On constate chez lui une diminution de la mémoire. Dans ses écrits, on note de la stéréotypie, de l'écholalie et des néologismes. Enfin, on remarque certains tics du malade, notamment dans sa façon de prendre de l'encre. L'examen somatique révèle une diminution des réflexes en général (réflexes tendineux, cutanés, muqueux, pupillaires, conjonctival). Les pupilles sont égales et en état de dilatation moyenne. Il existe du dermographisme avec élevure. Les pieds sont légèrement œdématiés, mais on ne constate pas de cyanose ni de refroidissement des extrémités.

Observation V. — M..., Louis, comptable, entre à l'Asile de Villejuif le 19 octobre 1898, à l'âge de 18 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père, mort à 72 ans, était alcoolique et faisait principalement abus de l'absinthe. La mère est vivante et bien portante. Un frère et une sœur du malade sont morts en bas-âge; un autre frère est encore vivant. Dans la famille il n'y a pas d'aliénés.

Antécédents personnels. — De ses antécédents personnels il y a peu de choses à dire. M... a eu la rougeole dans l'enfance et, à l'âge de 18 ans, une angine dont il sera à nouveau question tout à l'heure.

M... ne fut pas un modèle d'écolier, non pas en raison de l'insuffisance de ses facultés intellectuelles mais à cause de sa nonchalance et de son penchant pour le jeu. Il obtint toutefois le certificat d'études primaires à l'âge de 13 ans. A ce moment il quitta l'école pour entrer dans le commerce et fut, jusqu'à l'âge de 18 ans, employé à des travaux de comptabilité dans différentes maisons sans que ses patrons se soient jamais plaint de ses services.

Histoire de la maladie. — A l'âge de 18 ans, trois mois environ avant d'être interné, M... eut une angine accompagnée d'une forte fièvre qui l'obligea à garder la chambre pendant quelques jours. Le malade était convalescent lorsqu'il fut témoin, chez son patron, d'une attaque d'épilepsie. Il rentra chez lui tout bouleversé, craignant de devenir épileptique à son tour, et pendant longtemps fut poursuivi par la même crainte. Sur ces entrefaites, comme il s'était absenté pendant huit jours sans prévenir, son patron le remercia. C'est alors que se sont montrés les premiers troubles intellectuels. M... se croit incapable de travailler, il ne veut pas prendre d'autre place dans l'appréhension de ne pouvoir satisfaire ses patrons. Désormais il passe son temps à lire des pièces de théâtre et un jour déclare qu'il veut se faire acteur. Son entourage remarque diverses modifications de son caractère. Il devient jaloux de son frère, se considère comme étant de trop dans la famille et manifeste l'intention de quitter la maison. Pour le distraire, son frère entreprend avec lui un voyage pendant lequel le malade accomplit toutes sortes d'actes bizarres ; notamment il a la manie de dérober des couteaux au restaurant. Son frère est obligé d'exercer sur lui une surveillance constante. Malgré cela, un jour où le malade insiste pour faire passer son frère le premier par une porte, celui-ci lui découvre un couteau caché sous la veste. De retour à Paris, il lui arrive certain jour de quitter brusquement un ami pour sauter dans un omnibus où il ne peut payer sa place et provoque une discussion. Ses paroles trahissent bientôt un dérangement cérébral quand un matin il déclare à table qu'il est roi de France. En dernier lieu, M... fait une fugue qui détermine son internement. Après avoir disparu pendant trois jours, il est ramené chez lui par des agents qui l'ont trouvé dans la rue criant et gesticulant. Le malade est alors placé à Ste-Anne d'où il est envoyé à l'Asile de Villejuif le 19 octobre 1898.

Tout d'abord, le malade est agité d'une façon continue ; puis, au bout d'un certain temps, il se calme mais présente encore pendant plusieurs années des périodes d'excitation durant lesquelles il frappe d'autres malades et casse des carreaux. Très souvent on est obligé de le passer au quartier des agités. Pendant cette période, M... se masturbe très fréquemment. Au mois de novembre 1903, le malade commence de pisser au lit et en même temps s'amaigrit beaucoup. Depuis, son état physique s'est amélioré mais il lui arrive encore parfois de pisser au

lit. De temps en temps aussi le malade a encore des mouvements impulsifs, et depuis le mois de mars il lui est arrivé quatre fois de frapper des infirmiers ou des malades.

État actuel. — Exception faite de ces mouvements impulsifs, le malade est ordinairement calme, nonchalant même ; dans la journée il reste le plus souvent assis ou bien il marche en décrivant des cercles. M... ne prend aucun soin de propreté, obligeant les gardiens de le débarbouiller tous les matins ; cependant il mange assez proprement. Dépourvu de toute initiative, il faut lui boutonner ses vêtements ou tout au moins lui commander de le faire. Son facies paraît figé et s'anime seulement par des éclats de rire sans motif. Indifférent à sa sortie, le malade reconnaît les personnes qui viennent le voir mais ne leur témoigne aucune affection et ne demande jamais des nouvelles de personnes qu'il a connues. M... est également incapable de dire son âge, de désigner l'endroit où il se trouve, d'indiquer l'année ni le mois.

Lorsqu'il parle, on remarque un certain degré de blésité. M... ne présente pas de catatonie. Chez lui les réflexes tendineux sont exagérés, les réflexes plantaire et pharyngien normaux, les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation diminués. Les pupilles sont égales et en état de mydriase. A noter enfin l'absence d'œdème, de cyanose, de dermographisme.

Observation VI. — T... Maximilien, portefeuilliste, entre à l'Asile de Villejuif le 20 juin 1900, à l'âge de 29 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort de phthisie galopante peu de temps après son mariage.

La mère est vivante et bien portante.

Dans la famille il n'existe aucun cas d'aliénation mentale.

Antécédents personnels. — T..., est le fils posthume d'un père phthisique. Il est venu au monde avant terme, à 8 mois 1/2 environ, pendant le siège de Paris. A sa naissance, c'est un enfant tout petit mais néanmoins très vivace ; sa mère l'élève au sein. A 13 mois il a la coqueluche suivie de fluxion de poitrine. A l'âge de 2 ans T... reçoit sur l'orbite un coup qui amène un gonflement considérable de l'œil. En guise de traitement, on lui applique au niveau de la nuque un vésicatoire qui creuse beaucoup les parties molles laissant plus tard une cicatrice indélébile et disgracieuse. Enfin, à l'âge de 11 ans, T... contracte une fièvre typhoïde d'une durée de deux mois et accompagnée de délire.

T... est allé à l'école jusqu'à l'âge de 13 ans et a obtenu le certificat d'études : c'était un élève ordinaire. En quittant l'école il est mis en apprentissage chez un portefeuilliste, mais il ne fut jamais un excellent ouvrier en raison d'un tremblement musculaire pour lequel il a été ajourné pendant deux ans et placé la troisième année dans l'armée auxiliaire. Aussi T... gagnait peu d'argent dans son travail et ce fut une des raisons pour lesquelles on le vit changer à différentes reprises de métier.

Histoire de la maladie. — En 1891, à l'âge de 20 ans, T... éprouve une vive contrariété à cause de propos désobligeants que des camarades tiennent sur son compte à cause de sa cicatrice du cou. Ces critiques le poussent à se cautériser avec de l'eau acidulée.

Quelques temps après, un amour malheureux vient jeter le trouble dans sa vie. D'un caractère timide, il commence par faire des excès de boisson pour mieux réussir dans son entreprise amoureuse, mais il se heurte à l'opposition des parents qui exigent de lui une position assurée. Alors, pour se faire agréer, il essaye successivement différentes professions : d'abord celle d'aéronaute, puis un jour il se met dans l'idée d'écrire et de publier des brochures humoristiques. N'ayant aucune expérience du métier, ce travail devient pour lui un surmenage auquel s'ajoute bientôt une déception, car ses brochures ne se vendent pas. Le souvenir de celle dont il est épris le poursuit au milieu de ses tracas, il essaye de se ressaisir et reprend son ancien état de portefeuilliste vers la fin de l'année 1899. Mais toutes ces causes ont préparé son dérangement cérébral dont les premiers symptômes ne tardent pas à apparaître.

Au mois de mars 1900, dans un accès de surexcitation délirante, il se présente chez la mère de la personne qu'il désirerait épouser et veut la frapper avec un tire-point. C'est un accès passager et le lendemain T... raconte à sa mère qu'il vient d'avoir une crise de folie. Mais déjà des modifications plus persistantes apparaissent dans son caractère. Lui d'ordinaire si réservé tient des propos grossiers devant la jeune fille qu'il aime, lui adresse en public des propositions déshonnêtes et lui offre même de l'argent pour satisfaire sa passion.

Au mois de mai 1900 T.... se croit poursuivi par des ennemis et veut se cacher dans la crainte d'être tracassé. Un matin il arrive à 4 heures chez sa mère, disant qu'on le « poursuit, qu'on lui a mis un pistolet dans la poche pour faire croire qu'il a assassiné un agent ». Sa mère le fouille, ne trouve pas de pistolet mais un tire-point. En dernier lieu, pendant 8 jours, le malade fuit de chez lui le matin de bonne heure, erre dans Paris toute la journée et ne rentre qu'à la nuit. Sa mère le fait alors placer dans un Asile et le 20 juin 1900 il arrive à Villejuif.

État actuel. — Autrefois très affectueux, T... est devenu depuis deux ans d'une indifférence complète à l'égard de sa mère. A certains jours il ne semble même pas la reconnaître. Le malade ne manifeste plus aucun désir. Depuis son entrée il passe ses journées à marcher dans la cour la tête baissée, les mains dans les poches du gilet sans faire attention à personne. En se promenant, il crie et répète plusieurs fois de suite d'une voix forte et perçante certains mots, certaines phrases. Jusqu'ici le malade n'a eu qu'une seule période d'excitation véritable de courte durée. Une seule fois on a observé un mouvement impulsif : le malade a frappé sa mère. T... écrit beaucoup dans la journée puis fait passer ses billets par un trou du mur servant à l'écoulement des eaux. Ses écrits se composent d'une salade de mots semée d'abréviations et absolument inintelligible. La tenue du malade est négligée, cependant

il mange assez proprement et se débarbouille tous les matins. Jamais il n'a été gâteux.

Lorsqu'on l'interroge on est frappé de l'incohérence de ses discours. Il répond à côté de la question. Souvent il n'y a pas de suite dans la phrase et ses réponses affectent le style télégraphique. Il existe un affaiblissement global des facultés intellectuelles, en particulier de la mémoire.

Les différents réflexes sont normaux sauf les réflexes rotuliens qui paraissent exagérés. Les pupilles sont légèrement inégales, en état de mydriase. Absence de troubles circulatoires et de dermographisme.

Observation VII. — H..., Auguste, employé de commerce, venant de l'hospice de Bicêtre, entre à l'asile de Villejuif, le 30 juin 1903, à l'âge de 27 ans.

Antécédents héréditaires. — On ne trouve aucun aliéné dans la famille. Le père est mort d'une maladie de cœur. La mère, vivante et bien portante, a eu neuf enfants dont sept sont morts en bas-âge de maladies diverses. Il existe encore une fille bien portante et le malade.

Antécédents personnels. — Ce dernier est le fruit d'une grossesse avec hydramnios. L'enfant est venu au monde à terme, mais tout petit et en état de mort apparente. On a été obligé de le réchauffer pour le ranimer et, pendant quelques jours, le nourrisson prenait mal le sein. Néanmoins H... s'est développé normalement et son passé pathologique commence avec l'affection actuelle.

H... est allé à l'école de 6 à 14 ans ; il apprenait facilement et avait beaucoup de prix. A 12 ans, il obtient le certificat d'études ; l'année suivante, il concourt pour une bourse afin d'entrer dans une école professionnelle. Il obtient la bourse et rentre à l'école, mais au bout d'un an il est obligé de quitter parce qu'il se sent fatigué. A cette époque, H... travaillait beaucoup, passait des nuits à écrire et mangeait peu. En sortant de l'école professionnelle, H... fait une demande à l'effet d'obtenir un emploi au Ministère des Finances où il est admis comme employé aux coupons. Au Ministère, on était très content de lui et, à l'âge de 16 ans, il gagnait 3 fr. 50 par jour.

Histoire de la maladie. — A l'âge de 18 ans, H... contracte la fièvre scarlatine. Il reste malade pendant plus d'un an, se plaignant de douleurs dans les jambes et de céphalée. Dans la suite, il ne peut reprendre son travail, se laisse aller au découragement et aux idées noires. Il pleure toute la journée, disant que sa position est perdue, que sa famille est ruinée. Depuis le jour où il a eu la scarlatine, son entourage a remarqué une diminution appréciable de la mémoire. Les troubles cérébraux progressent très rapidement dans l'espace de six à sept mois. Des hallucinations apparaissent. H... entend monter la guillotine et se figure qu'il va mourir. A deux reprises, l'intention du suicide se manifeste chez le malade : une première fois, sa mère lui arrache un revolver qu'il tient caché dans une gibecière ; la seconde fois, on le désarme au moment où il vient de saisir un couteau pour se couper la

gorge. Il devient dès lors nécessaire d'isoler le malade, et ses parents le placent, en 1896, à l'hospice de Bicêtre dans le service du Dr Deny. H... est âgé de 20 ans au moment de son entrée à l'hospice. Les premiers temps de son séjour, le malade a des préoccupations religieuses ; il passe des journées à genoux devant un christ sans manger. Pendant un certain temps, il parle encore avec sa mère, mais à la fin il devient taciturne et ne cause plus. On le surprend à plusieurs reprises en train de se masturber. Après un premier séjour de cinq ans, en 1901, sa mère le retire de Bicêtre ; mais, trois jours après, elle est obligée de le reconduire, car le malade ne veut pas rester à la maison. Les certificats du Dr Séglas, à cette époque, portent le diagnostic de démence précoce. Pendant son second séjour, le malade ne parle presque plus et répond par écrit lorsqu'on lui fait une question. Au mois de juin 1903, sa mère le retire à nouveau de Bicêtre pour le placer à l'Asile de Villejuif.

L'état du malade n'a guère varié depuis son entrée à l'Asile. Par moments, il présente des crises d'excitation, déchire le linge que sa mère lui apporte et celui qu'il a sur le corps. Une seule fois, il a eu un mouvement impulsif pour donner une gifle à sa mère.

État actuel. — Le malade reste le plus souvent assis, présente une attitude soudée dans une position toujours la même : le cou allongé, la tête penchée en avant et la physionomie faisant une moue spéciale. H... fait entendre par moments un petit cri guttural particulièrement lorsqu'il veut écrire et répondre à une question. En insistant, on arrive à le faire parler ; il s'exprime d'une voix chevrotante et se met parfois à rire au milieu de son discours. Relativement docile, il mange assez proprement et n'a jamais été gâteux. Quelques idées délirantes persistent encore, mais confuses et incohérentes, présentant en somme un caractère démentiel.

On remarque chez H... une tendance à conserver les attitudes communiquées. A certaines périodes, le malade a présenté de la catatonie véritable. Les réflexes tendineux sont exagérés, le réflexe plantaire est normal. Les pupilles sont inégales et réagissent mal à la lumière et à l'accommodation. Il n'existe pas de dermographisme ni d'œdèmes.

M. Girma, secrétaire général, lit la note suivante de M. Paul Garnier (de Paris) en réponse au rapport de M. le Dr Deny.

M. Paul GARNIER. — Je ne crois pas me tromper en disant que le rapport de mon ami Deny, rapport d'ailleurs si clair et si net, est de nature à soulever bien des controverses. Son travail, de libre et franche allure, vient heurter, en effet, bien des convictions et saper quelques gloires. Il n'y aurait pas autrement à s'en plaindre s'il nous apportait la vérité. Mais de ceci on peut encore douter.

En tous les cas, s'il y avait un mauvais service à rendre à la théorie de la démence précoce c'était, à coup sûr, d'englober parmi les formes de cette *psychose dégénérative d'évolution* ce qui en est précisément comme l'antithèse, à savoir la *psychose systématique progressive,* ou délire chronique des persécutions.

A mon sens, on ne saurait trop s'élever contre un pareil fusionnement qui, je l'avoue, me déconcerte.

Que l'attention du clinicien soit retenue par le groupement de ces phénomènes très particuliers, les uns, psychiques, comme l'oblitération rapide de l'intelligence — à inégale répartition d'ailleurs — avec ses manifestations si spéciales d'apathie, d'inertie, de passivité, de cette sorte d'*éloignement mental* rendant le malade comme *étranger* et même *hostile* à son milieu *(opposition, négativisme),* les autres, d'ordre moteur, consistant en des répétitions automatiques de paroles, de gestes et d'actes *(stéréotypies),* en des attitudes cataleptoïdes *(catatonie)...,* que cet ensemble symptomatique, dis-je, ait arrêté les regards de l'observateur à commencer par notre grand Esquirol, c'est ce que tout le monde peut comprendre.

Depuis l'époque où ces signes furent notés à l'état de groupement, leur signification pronostique fut jugée détestable et il appartenait à Morel, à son continuateur, M. Magnan, et à ses élèves de rattacher à la dégénérescence héréditaire ces phénomènes graves apparaissant à titre de symptômes d'une débilité constitutionnelle qui, pour n'être pas apparue très ostensiblement, dès le plus jeune âge, n'en reprenait pas moins ses droits vers la régression biopathologique conditionnée par l'hérédité.

Au dire du rapporteur, cette conception étiologique de la démence précoce fut une grave erreur et il nous parle de *provinces perdues pour la psychiâtrie française.* On estimera sans doute que ce jugement est sévère ; de plus, je le crois tout à fait injuste. Morel et ses continuateurs ne sauraient être taxés du reproche d'avoir ainsi été les auteurs d'un démembrement ou d'un amoindrissement de notre patrimoine scientifique.

Qu'on me permette de dire que cette sorte d'exécution de maîtres que nous admirons et vénérons n'est pas faite pour conduire à concilier les opinions. L'oreille française s'habituait déjà assez mal au sens allemand des termes, d'après lequel la démence précoce n'est cependant pas la démence — attendu

qu'on la proclame curable — et la précocité n'est plus la précocité, puisque la démence précoce, mentant à ses promesses, s'observerait chez des quinquagénaires.

Néanmoins, comme on nous disait qu'il ne fallait point s'attacher au sens littéral des mots, nous étions prêts à pénétrer sur ce terrain d'entente où l'on se fait des concessions réciproques, quand il s'agit surtout d'établir un compromis étiologique.

Mais le moyen de s'entendre quand on vient introduire la psychose systématique progressive, ou délire chronique des persécutions, dans le cadre de la démence précoce ! N'y a-t-il pas, au contraire, incompatibilité absolue entre ces deux psychoses, et toute leur symptomatologie n'est-elle pas en opposition flagrante ?

Entre cet être inerte, indifférent qu'est le dément précoce et ce délirant chronique, éminemment actif, réclamant sans cesse et réagissant çà et là, donnant enfin l'exemple d'une *longévité délirante* exceptionnelle et d'une incontestable *tenue* intellectuelle, que de dissemblances fondamentales !

Est-ce que les stéréotypies de langage de la période terminale démentielle de la p. s. p. peuvent suffire pour établir le moindre rapprochement entre deux processus si différents?

Le soutenir serait s'exposer à se faire adresser le reproche de négliger l'analyse mentale pour accorder à quelques phénomènes extérieurs en partie communs à toutes les démences une importance vraiment exagérée.

L'idiot, le dément apoplectique ont aussi leurs stéréotypies de paroles et de gestes. Est-ce donc un motif pour les ranger parmi les déments précoces !

Je ne crois pas qu'on puisse considérer comme erronée la donnée d'après laquelle le fruit d'ascendants tarés est plus marqué qu'un autre pour cette sorte d'*avortement intellectuel médiat* que constitue la démence vésanique hâtive qui, semblerait-il, n'est si soudainement galopante que parce que le germe de son action morbifique est tout à coup appelé à accomplir sa destinée, transitoirement suspendue.

On voudrait nous faire accepter l'idée que la démence précoce, sorte d'*idiotie retardante,* n'est qu'un fait fortuit, accidentel, qu'elle est produite par une auto-intoxication, engendrée elle-même par des causes d'épuisement, le surmenage, etc. Mais s'il

est vrai qu'il s'agisse, en l'espèce, d'une auto-intoxication, pourquoi donc l'état constitutionnel n'en serait-il pas en grande partie responsable ? Cette auto-intoxication se fait — le mot le dit — avec les ressources propres de l'organisme. A surmenage égal, que de différences de réaction suivant les individus. Ne s'épuise si vite que celui qui n'était pas préparé pour l'effort à produire.

Le distingué rapporteur déclare « *qu'on a fait justice des exagérations de la théorie de Morel et de Magnan, sur les dégénérés héréditaires* ». Ce serait à vérifier et, en tous les cas, il y a d'autres exagérations que l'observation clinique — à laquelle doit toujours appartenir le dernier mot — saura faire apprécier à leur valeur.

Le professeur Kraepelin n'affirme pas qu'il détient toute la vérité sur cette difficile question. Bien des points lui paraissent encore obscurs. Et, de fait, sa manière de voir se modifie et nous voyons cet éminent chef d'école refondre fréquemment ses travaux, y apporter d'importantes retouches, et ne pas disconvenir que peut-être l'interprétation de demain ne sera pas celle d'aujourd'hui.

Aussi, certains entraînements remarqués chez quelques partisans de ces doctrines, qui veulent être plus royalistes que le roi, sont-ils plutôt pour l'embarrasser.

Sachons être patients. Attendons des résultats plus stables, moins discutables avant d'écarter les guides scientifiques qui ont été les nôtres jusqu'à ce jour.

Dr COLIN, *Médecin de l'Asile des aliénés de Villejuif.*

Je viens exposer très brièvement les quelques réflexions que m'a suggérées la lecture du si intéressant rapport de M. Deny.

M. Deny, se rattachant ainsi aux idées qui ont cours en Allemagne, s'efforce surtout, comme conclusion dernière, de séparer, sous le titre de démence précoce, une entité morbide dans laquelle il fait rentrer les démences consécutives aux prétendues psychoses dégénératives et aux délires systématisés aigus.

Cette conception est-elle l'expression de la vérité ? Je ne le pense pas. Je ne comprends pas et n'ai jamais compris, pour ma part, cette tendance qui nous vient d'Allemagne à fondre

dans une même et unique maladie une foule d'états différents sous le fallacieux prétexte de l'existence de symptômes identiques.

Je sais bien qu'il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades; mais encore une fois, comme l'enseignait Charcot, il y a des types de maladies, et c'est l'étude de ces types, dégagés de toutes les complications accessoires, de tous les symptômes non constants qui nous servira de fil conducteur dans le labyrinthe des maladies mentales.

C'est pourquoi j'ai bien le droit de m'étonner si, d'une part, la classification de Kraepelin fait disparaître en Allemagne, comme le note si bien M. Deny, des innombrables variétés de Wahnsinn et de Blödsinn, de Verrucktheit et de Verwirtheit, de voir préconiser deux panacées universelles qui s'appellent la Démence précoce et la Paranoïa.

On a beaucoup parlé, et on parle beaucoup encore, des exagérations auxquelles aurait conduit la théorie des dégénérescences. N'est-il pas étrange de voir actuellement les mêmes exagérations se produire au sujet de la démence précoce et de la paranoïa dans lesquelles on est en train de faire rentrer la presque totalité des affections mentales.

Pour moi, dès qu'apparaît ce terme de Paranoïa, dont la signification a subi, avec le temps, des fluctuations si variées, je ne puis m'empêcher de penser à cette parole de Bénedikt au Congrès International de Médecine de Rome :

« Lorsque j'entends formuler ce diagnostic, je me demande » souvent s'il doit s'appliquer au médecin qui l'a exprimé ou au » malade qui en a été l'objet. »

Je crois donc qu'il y a intérêt à ramener la question à une formule plus simple, et à délimiter tout d'abord d'une façon exacte la signification des termes que nous employons.

Pour ma part, je conserve au mot démence la signification qu'il n'aurait jamais dû perdre, c'est-à-dire que le terme démence implique l'affaiblissement continu et absolu, et finalement la perte des facultés intellectuelles.

Je conserve, d'autre part, à l'adjectif précoce le sens qui lui a toujours été attribué dans notre langue, c'est-à-dire la propriété d'être prématuré, de survenir avant le temps, avant l'âge ordinaire, et par conséquent chez les jeunes gens.

Ceci posé, nous devons nous demander s'il existe véritablement une entité morbide répondant à cette appellation nettement définie : démence précoce ; c'est-à-dire, une maladie caractérisée par un affaiblissement en bloc de toutes les facultés intellectuelles, cette maladie, incurable, atteignant les jeunes gens, à l'exclusion des adultes. Je laisse de côté, on le voit, les diverses manifestations morbides qui sont considérées comme marquant le début de la démence précoce (idées de persécution, mélancolie, hypochondrie, etc., etc.). Dans toutes les maladies organiques, sans exception, les phénomènes de début sont éminemment variables ; c'est plus tard seulement que se dessine la forme véritable de l'affection.

A mon avis, cette entité morbide existe et c'est à elle et à elle seule qu'on doit réserver le nom de démence précoce.

Elle présente :

1° Un siège anatomique ;

2° Des symptômes particuliers ;

3° Une évolution spéciale.

Cette maladie atteint exclusivement les jeunes gens, et je crois, d'après ce qu'il m'a été donné d'observer, que la limite de 30 ans est déjà beaucoup trop reculée. Je ne veux pas revenir sur les différentes théories causales si bien résumées par M. Deny ; je veux simplement retenir parmi ces causes l'auto-intoxication et le surmenage sans oublier les fameuses causes morales, formes fréquentes du surmenage dont autrefois on a peut-être abusé, mais dont on tend, aujourd'hui, à diminuer de façon exagérée l'importance dans l'étiologie des maladies mentales et cela au mépris de ce que nous enseigne, dans la vie ordinaire, notre pratique journalière et personnelle.

Est-il besoin d'ajouter que la prédisposition héréditaire, toute question de stigmates mise à part, joue ici un rôle des plus importants. Le nier serait méconnaître l'influence certaine de l'hérédité sur la genèse des maladies nerveuses en général.

Je ne veux pas m'étendre sur le siège anatomique de la démence précoce. Je me rallie pleinement à cet égard aux idées exposées par Klippel et à l'interprétation qu'en a donnée Pactet.

Si nous abordons les symptômes propres à la démence précoce, j'avoue qu'ici je ne me sens nullement porté à accorder une influence quelconque aux phénomènes catatoniques, au

négativisme, aux différentes altérations des phénomènes réflexes, aux troubles pupillaires, etc., etc. Ce sont là des symptômes accessoires qui se rencontrent dans une foule de maladies. Pour moi les symptômes de la démence précoce sont au nombre de trois :

1° La suppression de la volonté entraînant d'une part la perte de l'association volontaire des idées au point de vue intellectuel et, d'autre part, l'absence de réaction au point de vue physique ;

2° Les troubles vasomoteurs ;

3° Les impulsions.

La suppression des phénomènes volontaires est pour moi la caractéristique de la démence précoce. Le malade ne peut pas vouloir : il rappelle, à s'y méprendre, par son attitude, certains amnésiques traumatiques. Mais il est capable de réagir sous l'effet d'une excitation extérieure ; il peut alors répondre à peu près aux questions qu'on lui pose, exécuter les actes qu'on lui commande, sourire à certains moments, et c'est en cela que, dans les périodes de dépression, il diffère profondément des mélancoliques avec lesquels on a voulu le confondre.

Les troubles vasomoteurs sont constants, soit qu'il s'agisse de la cyanose de la face et des extrémités des déments déprimés ou mélancoliques, soit qu'on envisage les alternatives de pâleur et de rougeur subite, si caractéristiques, chez ces malades à l'état ordinaire.

Enfin les impulsions sont également la règle, avec toute la soudaineté qui caractérise ce genre de phénomènes, et ici encore nous avons un élément de diagnostic important avec le mélancolique ordinaire à l'existence duquel je continue à croire.

Je ne veux pas insister ; vous connaissez tous comme moi l'attitude des malades que j'ai en vue actuellement, attitude qui permet de les reconnaître, pour ainsi dire, à distance.

Au point de vue de l'évolution, la démence précoce, et c'est encore pour moi un de ses caractères, est incurable, ce qui découle tout naturellement de sa détermination anatomique. Les cas de déments qui ont été cités comme ayant guéri devaient, à mon avis, rentrer dans le cadre de la confusion mentale avec laquelle le temps seul permet de faire le diagnostic.

A plus forte raison, ne doit-on pas englober dans la démence

précoce ces cas d'individus qui tiennent des discours incohérents et qui accusent le négativisme le plus absolu, mais qui conservent intactes toutes leurs aptitudes pour les travaux difficiles et compliqués. Ce ne sont pas des déments.

Enfin je me refuse absolument à faire rentrer dans la catégorie des déments précoces les délires d'emblée ou polymorphes qui, d'après M. Deny, guériraient en laissant persister un état démentiel originel. C'est là une affirmation un peu osée, et il n'est personne parmi nous qui n'ait eu l'occasion de soigner des malades de ce genre et chez lesquels un accès primitif de délire n'a jamais reparu, sans compter ceux qui ont présenté plusieurs périodes délirantes, sans que leurs facultés intellectuelles aient subi la moindre atteinte.

Je ne veux pas m'étendre plus longuement sur ce sujet, et je conclus que, limitée ainsi que j'ai essayé de le faire, la démence précoce constitue un type clinique bien défini. N'oublions pas que c'est la clinique et la clinique seule qui détermine les types de maladie. L'anatomie pathologique vient ensuite confirmer les données de la clinique.

Ici nous avons les deux éléments réunis. Le type clinique existe et, d'après Klippel, son siège anatomique est connu. La démence précoce a donc le droit de figurer au titre de maladie autonome dans le cadre si varié et si touffu des maladies mentales.

MAURICE DIDE, *Médecin-adjoint de l'Asile des aliénés de Rennes (Ille-et-Vilaine).*

La démence précoce a actuellement conquis son droit de cité et la discussion ne paraît porter que sur les limites à assigner à cette maladie mentale. Je pense qu'il y a lieu de réserver cette appellation à des cas survenant avant l'achèvement du développement complet de l'individu et caractérisés au point de vue mental par des alternatives d'excitation maniaque et de dépression avec inhibition, ces alternatives étant le plus souvent commandées par des hallucinations psycho-motrices (excitation) et psycho-inhibitrices (dépression), ces dernières provoquant un état pénible subjectif (sperrung des auteurs allemands). La maladie évolue rapidement vers un affaiblissement intellectuel où l'attention et les sentiments affectifs sont altérés d'une façon

précoce. Des formes anormales résultent de l'exagération d'un symptôme : les formes catatoniques agitée ou stupide sont les exemples les plus simples. Dans la forme paranoïde il existe une période délirante qui peut être la première en date. La démence précoce simple non délirante est une forme fruste où les états obsédants et impulsifs semblent remplacer les hallucinations décrites plus haut.

Ainsi limitée dans ses grandes lignes, la démence précoce semble devoir comporter comme la paralysie générale des signes physiques, dont pas un isolement n'est pathognomonique mais dont le groupement parait important.

Les signes vaso-moteurs sont à citer en première ligne ; ce sont le dermographisme, le pseudo-œdème, le purpura, l'érythème multiforme, les alternatives de congestion et d'anémie de la pupille ; puis viennent les troubles réflexes : exagération des réflexes tendineux, diminution des réflexes cutanés, variabilité de l'état moyen de la pupille ; il faut citer encore les troubles génito-urinaires : troubles de la fonction génitale, modification de la formule urinaire avec oligurie, augmentation de la densité, diminution notable de l'urée ; on peut noter enfin des modifications de la formule hématologique avec légère lymphocytose et apparition en quantité exagérée d'eosinophile.

Il semble bien que la démence précoce soit liée à des phénomènes auto-toxiques, mais certainement très différents des auto-intoxications hépato-rénales puisque le régime lacté intégral appliqué à douze malades pendant cinq mois n'a apporté que d'insignifiantes modifications à l'état mental.

Les guérisons signalées résultent probablement souvent d'erreurs de diagnostic ou doivent être considérées comme des rémissions, du moins dans l'immense majorité des cas.

M. Ernest DUPRÉ, *Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Paris.*

Je désire rapporter au Congrès la relation de deux cas de démence précoce à forme catatonique, terminés par la guérison.

Il s'agit de deux jeunes filles de 18 et de 23 ans qui, après avoir présenté le syndrome le plus net et le plus complet de la catatonie, avec raideur, stéréotypie des attitudes et du langage,

négativisme, impulsions, etc., pendant plusieurs mois, ont toutes les deux absolument guéri sans diminution ultérieure saisissable de l'intelligence. La guérison dure, chez l'une des malades, depuis dix-huit mois ; chez l'autre, depuis huit mois. L'avenir décidera s'il s'agit dans ces deux cas de rémission ou de véritable guérison. La cessation des accidents est en tout cas complète. Ces cas sont analogues à ceux qu'ont déjà observés et publiés les anciens aliénistes, à ceux auxquels faisait allusion tout à l'heure M. Parant, et rentreraient dans la seconde classe des pseudo-démences précoces de Régis, celles des psychoses toxiques sub-aiguës qui atteignent les prédisposés, sous des influences encore mal connues.

M. Colin lit la note suivante de M. le Dr KLIPPEL, *Médecin des Hôpitaux, Paris.*

Anatomie pathologique et nature de la démence précoce. — Je dois des remerciements à M. Deny qui m'a fourni les cerveaux de plusieurs déments précoces et qui a fait une large place à mes travaux sur ce sujet dans son remarquable rapport.

Dans ce rapport, M. Deny n'est pas d'accord avec moi sur tous les points.

Après avoir montré que l'encéphale était composé de tissus de différenciations diverses comportant des vulnérabilités différentes, j'ai cherché à établir que certaines maladies mentales frappaient l'ensemble de ces tissus, les éléments neuro-épithéliaux (neurones et névroglie) aussi bien que les éléments vasculo-conjonctifs (vaisseaux et méninges), tandis que d'autres se localisaient en définitive sur les seuls éléments neuro-épithéliaux.

J'ai ensuite fait remarquer que c'était dégager un caractère important d'un agent pathogène que de reconnaître sur lesquels de ces tissus portait son action.

Ayant étudié la démence précoce à l'aide de ce principe, j'ai reconnu que dans mes quatre cas, il n'existait *aucune réaction du tissu vasculo-conjonctif.* Non, dans aucun de mes cas il n'y avait de lésions vasculaires : ni leucocytose dans le sang contenu, ni diapédèse, ni hyperhémie, ni prolifération ou dégénérescences des parois. En découvrant dans quelques points circonscrits de la prolifération névroglique au voisinage de

vaisseaux, j'ai fait remarquer que c'était là une réaction du tissu neuro-épithélial, et non du tissu vasculo-conjonctif.

Cette lésion du seul tissu neuro-épithélial m'a semblé indiquer que les agents pathogènes qui l'avaient provoquée, c'est-à-dire qui n'avaient entraîné de lésions que dans le tissu le plus hautement différencié et par là le plus fragile, avaient dû agir d'une façon assez faible, mais répétée, sur l'individu seul ou aussi sur ses ascendants. De la sorte, les réactions vasculo-conjonctives pouvaient faire défaut grâce à ce mode d'action très spécial, et contrairement à d'autres maladies où les altérations vasculaires se produisent avec constance.

De là toutes les démences reconnaissent des lésions organiques, mais dans les maladies dites vésaniques, ces lésions, qui d'ailleurs y peuvent être des plus profondes, seraient circonscrites au seul tissu neuro-épithélial.

A ces distinctions anatomiques devaient correspondre des distinctions pathogéniques, à savoir : des agents pathogènes ayant des modes d'action différents.

Mais voici que d'autres auteurs ont montré dans quelques cas de démence précoce, non dans tous, il s'en faut, des lésions vasculaires plus ou moins accusées.

En rappelant ces faits, M. Deny considère qu'il n'y a pas de différences anatomiques entre la démence précoce et les démences à lésions vasculo-conjonctives.

Mais quelles sont les lésions vasculaires observées par les auteurs dans la démence précoce ?

S'agit-il de cellules névrogliques comprimant ou envahissant les capillaires, le tissu vasculaire lui-même étant demeuré intact sous l'influence de l'agent pathogène causal ? J'ai reconnu, moi aussi, sur quelques points, cette prolifération névroglique, qui n'est nullement contraire à ma manière de voir, la *névroglie étant d'origine épithéliale et non conjonctive.*

S'agit-il de diapédèse, ce que M. Deny ne nous dit pas ? En ce cas la diapédèse ne serait-elle pas le résultat d'une maladie infectieuse intercurrente ? Je rappelle ici que même par ponction sur le vivant, on ne rencontre pas de leucocytose rachidienne. En citant ce fait, M. Deny n'a pas marqué combien c'était là un argument défavorable à la présence d'une lésion vasculaire diapédétique dans l'encéphale.

Quoiqu'il en soit de cette lésion, on peut être et on est le plus souvent dément précoce, sans que l'autopsie démontre la plus minime lésion du tissu vasculaire de l'encéphale, cela en opposition avec d'autres démences, où les réactions du tissu vasculo-conjonctif sont constantes.

Or je ne crois pas que dans une recherche sur la nature et la nosographie de la démence précoce il soit possible de négliger une lésion qui est à la fois constante par elle-même et suffisante, peut-être même la seule qu'on ait observée jusqu'ici.

Si des altérations exclusives du tissu neuro-épithélial ne suffisent pas à faire distinguer la démence précoce de toutes les autres maladies mentales, du moins la séparent-elles d'un certain nombre d'entre ces maladies.

En négligeant les différences sur lesquelles je viens d'insister, M. Deny en est venu à donner de la nature de la démence précoce une définition qui peut-être est insuffisante à fixer sa place en nosologie.

MM. Raoul Leroy et Laignel-Lavastine, *ex-internes des Hôpitaux de Paris.*

Un cas de démence précoce avec autopsie. — Nous n'avons jusqu'alors étudié qu'un cas de démence précoce avec autopsie. Néanmoins, comme la question *des démences vésaniques* est à l'ordre du jour du Congrès et que les examens anatomiques de déments précoces sont encore très rares, nous croyons intéressant de rapporter ici notre observation.

Lourde hérédité morbide. — Début de la psychose à 24 ans par des troubles de l'attention et du caractère, rires automatiques, fugues. — Internement à l'âge de 25 ans, négativisme, verbigération, illusions et hallucinations de la vue et de l'ouïe, délire polymorphe nettement démentiel. — Rémission. — Rechute, attitude et gestes stéréotypés, embonpoint rapide, négativisme absolu. — Rémission. — Nouvelle rechute, alternative de stupeur et d'agitation catatonique. — Décès par tuberculose pulmonaire à l'âge de 29 ans.

Autopsie. — Examen histologique du cerveau et des viscères. — Comparaison avec les pièces histologiques de deux tuberculeux du même âge et d'un dément sénile.

G., Ozine, domestique, née le 30 Juin 1874 à Emanville (Eure), entre le 1er Juillet 1899 à l'Asile d'Evreux avec le certificat suivant du médecin traitant. « Mélancolie avec hallucinations de l'ouïe ; cette malade est en communication constante avec des personnages imaginaires ;

elle est préoccupée parce que les personnes qui l'entourent s'aperçoivent de ses communications avec les êtres qui lui parlent. Les hallucinations la hantent sans cesse. Mlle G. ne peut plus se livrer depuis quelque temps à aucun travail régulier. »

Antécédents héréditaires. — G. présente une lourde hérédité morbide. *Père alcoolique chronique* ayant eu du délire; sœur née en 1872, très *légère, de mœurs faciles;* frère né en 1870, *atteint de paralysie infantile gauche.*

Mère morte tuberculeuse à l'âge de 40 ans.

Antécédents personnels. — Ozine est l'aînée de la famille; elle naquit à terme, s'éleva facilement et ne contracta aucune maladie grave. C'était une jeune fille d'une intelligence moyenne, travailleuse, de caractère gai. Elle fut difficilement réglée vers la 15e année.

Placée comme domestique dès l'âge de 15 ans, elle resta neuf années dans la même maison (1889-1898) à la grande satisfaction de ses maîtres. Cependant, la dernière année, Ozine changea d'allures : elle devint *négligente, paresseuse, facilement irritable* et fut finalement renvoyée. Elle essaya d'entrer dans deux ou trois places, mais ne put se maintenir nulle part en raison de la bizarrerie de son caractère. *Elle parlait constamment de mariage,* se figurant qu'un jeune homme riche viendrait bientôt demander sa main et qu'elle n'avait plus besoin de travailler pour gagner sa vie. On la voyait avec surprise *éclater de rire sans motifs, à tous moments,* ou bien *fondre en larmes.*

D'autres fois elle *quittait brusquement son ouvrage* pour se rendre à plusieurs kilomètres de distance chez son oncle et lui annoncer « qu'un prétendu, un monsieur en habit de velours, lui avait donné rendez-vous ».

La situation devint telle vers le milieu de l'année 1899 que la famille la fit interner. On peut donc faire remonter le début de l'affection mentale à la fin de 1898, alors que la malade avait 24 ans.

Examen à l'entrée. — G., Ozine entre à l'Asile très délirante. Elle présente du *négativisme,* ne veut pas manger et refuse de répondre aux questions. Elle fait constamment le *geste de regarder derrière elle* et *cause seule* à voix basse.

Au point de vue physique, c'est une belle et forte fille, sans stigmates de dégénérescence. Poumons et cœur sains ; ni sucre, ni albumine dans les urines. Le foie ne dépasse pas les fausses-côtes. Pas de température, cependant la langue est très sale et le teint terreux. — *Exagération des réflexes rotuliens,* légère anesthésie de la peau à la douleur; *dermographisme.*

10 Juillet 1899. — La malade résiste moins à tout ce qu'on veut lui faire faire et commence à causer. Elle se montre très hallucinée, racontant qu'elle doit être prochainement l'héritière d'un certain L... Elle l'a entendu dire plusieurs fois. Le notaire de Beaumont-le-Roger causait de cet héritage à ses amis et elle a entendu nettement leurs paroles en passant à côté d'eux. D'autres personnes dans la rue disaient que

Monsieur B..., voyageur de commerce, avait l'intention de se marier avec elle.

13 Juillet. — Treize jours après son entrée, la malade fait une *tentative d'évasion,* en sautant la haie de la propriété, alors qu'elle se promenait avec une infirmière.

Août. — Ozine offre un *mélange d'idées de grandeur, d'idées érotiques et d'idées de persécutions.* Elle se croit une grande dame et ne veut pas être domestique ; elle s'enorgueillit d'être au pensionnat, méprise les indigents; quelquefois elle dit qu'on veut se débarrasser d'elle, qu'on cherche à l'empoisonner. Ses conceptions sont marquées au coin de la faiblesse mentale. La malade parle sans cesse d'épanchements amoureux, elle se mariera avec un individu qui ne la connaît pas et qui ne lui a jamais parlé, etc.

Septembre. — Elle ne s'occupe pas, se promène dans la cour de long en large toute la journée en causant seule ; elle se montre irritable, difficile à diriger, parfois violente.

Octobre. — *Rémission.* Ozine se met au travail, devient plus calme, moins hallucinée et part en congé chez son oncle.

1er Février 1900. — La malade revient à l'Asile. L'amélioration n'avait pas été de longue durée. Dès le mois de Décembre, Ozine avait refusé tout travail, *restant au lit* une partie de la journée, *cherchant souvent à s'échapper* et se *livrant même à des voies de fait* sur les siens.

A son arrivée, nous trouvons notre malade avec des accès alternatifs de gaieté et de mélancolie. Elle s'exprime dans un langage bizarre « mon oncle et ma tante ne m'aimant pas, vous le jurant, moi non sortie de chez mon oncle, y étant. Laissez-moi sortir, vous jurant que ma patronne me reprendra ». Elle éclate souvent de rire, cause seule toute la journée et *passe des heures entières à embrasser ses mains.*

Avril. — Même état ; Ozine cause seule, ne répond à aucune question, embrasse ses mains, ce qui ne l'empêche pas de travailler assez bien à la couture. Hallucinations continuelles de l'ouïe ; elle croit qu'on lui cause, mais ne veut donner aucune explication sur son délire.

Septembre. — Complètement inconsciente, elle prétend ne pas être malade et demande sa sortie.

Elle accuse des idées de grandeur et des idées de persécution. Elle s'admire dans une glace, aime à revêtir des robes aux couleurs éclatantes et parle d'épouser un jeune homme très riche. Hallucinations de l'ouïe et de la vue ; elle voit et entend son fiancé imaginaire.

Malhonnête envers les infirmières, elle se figure que celles-ci cherchent à lui faire du mal et lui disent des injures.

Novembre. — Toujours très coquette ; elle ne veut pas mettre les effets de la maison, aime à faire sa toilette, rit seule, embrasse ses mains.

Perte des sentiments affectifs. Elle ne veut pas reconnaître son oncle et sa tante qui sont venus la visiter, refuse de les recevoir et les couvre de sottises grossières.

Décembre — Ozine ne travaille plus, elle se montre très vaniteuse, très difficile à conduire, refuse de faire le ménage. Elle rit souvent toute seule sans motifs ; écrit des lettres incohérentes, malpropres, formées de mots alignés à la suite les uns des autres sans aucun lien apparent.

Mai 1901. — *Ozine engraisse en quelques semaines d'une façon prodigieuse.* Cette jeune fille qui était jolie, de belle taille, s'empâte au point de ne plus être reconnaissable ; elle a la figure bouffie qui prend un aspect vieillot.

Juin. — Elle tombe dans la stupeur, reste immobile sur sa chaise dans l'inaction la plus complète, les mains croisées sur les genoux, les yeux baissés. Elle ne sort de cette immobilité que pour demander sa sortie lorsque les médecins font la visite.

Négativisme absolu. Elle refuse de descendre au jardin, refuse de manger, ne veut pas se lever le matin, ne veut pas se coucher le soir. Demande constamment du papier pour écrire et croit toujours partir le lendemain.

Juillet. — Alitée à l'infirmerie pour amaigrissement, toux, sueurs nocturnes, léger mouvement fébrile le soir, elle présente, à l'auscultation, des symptômes de tuberculose pulmonaire (matité et souffle au sommet droit). Elle reste cinq mois souffrante avec fièvre. Pendant toute cette période l'état mental s'améliore. Ozine répond aux questions avec plus de netteté, semble moins désorientée, moins inconsciente.

Mars 1902. — Retombée dans la stupeur depuis le commencement de l'année 1902, elle reste toute la journée à la même place derrière une porte, sans causer à personne et sans se mêler à la vie commune.

Quand on veut la faire manger il faut un temps très long et une patience à toute épreuve. Il en est de même quand on veut la faire sortir dans la cour.

Mai. — Ozine s'améliore progressivement et se trouve au mois de Mai *en pleine rémission*. Sortie de sa stupeur, elle va travailler au pensionnat. Elle coud sans énergie, restant souvent immobile sur son ouvrage, mais présente toutefois une amélioration considérable. Nous pouvons causer avec elle sur des sujets ordinaires, mais dès que nous l interrogeons sur son délire elle ne veut plus répondre.

Novembre. — La rémission se prolonge jusqu'au mois de Novembre. Ozine s'occupe un peu. Elle écrit des lettres moins malpropres, mais aussi incohérentes ; l'intelligence reste très affaiblie malgré le calme apparent.

Décembre. — Elle ne travaille plus et *retombe très rapidement en stupeur*. Elle présente de temps à autre de *l'excitation catatonique*, s'élance sur ses voisines, gesticule, déchire ses vêtements, remue son mouchoir le bras levé en l'air pendant une demi-heure ou une heure.

Février 1903. — Persistance de la stupeur et de l'excitation catatoni-

que. Ozine casse des carreaux, se jette sur les infirmières lorsqu'elles veulent la peigner, la faire manger et les frappe violemment. De plus en plus inconsciente, elle ne s'occupe plus du tout et demande les mêmes soins qu'un enfant; cependant elle ne gâte pas. Elle reste le plus souvent assise sur un banc, la figure cachée dans son mouchoir. Chaque matin, à la visite, elle se lève et demande sur un ton monotone : « Quand partirais-je ? ».

Juin. — Nombreuses périodes d'agitation, surtout nocturnes ; elle dort très mal depuis un mois, crie et pleure le soir, mord ses poings jusqu'au sang.

Elle reste le matin cachée sous ses couvertures, ne veut pas se lever. *Ce qui domine en elle, c'est le négativisme ;* elle résiste absolument à tout, elle injurie et frappe les personnes qui veulent s'occuper d'elle. L'aumônier ayant voulu lui parler un jour, elle l'a frappé en s'écriant : « Va-t'en, cochon. »

Juillet. — Disparition des menstrues qui avaient été jusque-là très régulières.

Aout. — Même état catatonique ; Ozine maigrit beaucoup, recommence à tousser, s'alimente très mal, son visage prend une teinte blafarde.

La malade demande chaque matin à retourner au pensionnat (elle est à la section des agitées depuis cinq mois). Elle reste inerte, indifférente, à moitié déshabillée, ne causant à personne, résistant à tout. Elle ne mange que par force, ne veut pas s'habiller ni se déshabiller.

Elle est moins agitée pendant la nuit.

Septembre. — Symptômes très accusés de tuberculose pulmonaire aux deux sommets, fièvre vespérale. Ozine reste couchée toute la journée, enroulée dans ses couvertures, la tête cachée. Elle demande de temps en temps « à retourner au pensionnat où son valet de chambre l'attend ». Si on veut s'approcher d'elle pour l'ausculter, elle vous insulte grossièrement.

Octobre. — Même état ; elle reste couchée la tête sous les draps, ne permettant à personne de lui parler et résistant à tout ; les seules paroles sont : « Je demande mon valet de chambre et mon pensionnat. » Elle ne gâte pas et se lève seule pour aller aux cabinets.

Elle meurt de tuberculose pulmonaire le 27 octobre 1903.

Autopsie faite le 29 Octobre, à 8 heures du matin.

Poumons. — Convertis au sommet, surtout à droite, en un bloc caséeux avec nombreux tubercules ; petite caverne à droite.

Cœur. — Petit, pesant 220 grammes, recouvert d'une sorte de gélatine, valvules saines, myocarde non dégénéré.

Aorte. — Quelques légères plaques d'athérome.

Estomac. — Normal.

Intestins, appendice et péritoine. — Normaux.

Foie. — Ayant subi la dégénérescence graisseuse, sérosité à la coupe, pèse 1 kilo 165.

Rate. — Capsule épaissie. 180 grammes.

Reins. — Bosselés, congestionnés ; la substance corticale a gardé son épaisseur normale, mais a subi la dégénérescence graisseuse. — D. pèse 132 grammes. G. pèse 143 grammes.

Organes génitaux. — Utérus, ovaires et trompes normaux. Hymen intact.

Corps thyroïde. — Normal, 12 grammes.

Cerveau. — Liquide céphalo-rachidien normal. Méninges œdématiées, se détachant très facilement. Ventricules, non élargis ; pas de granulations épendymaires.

H. D. — Les circonvolutions présentent des anomalies : elles sont petites, apparence d'un cerveau de débile. Deuxième et troisième frontale n'ont pas de démarcations nettes.

H. G. — Présente moins d'anomalies.
Pas de lésions à la coupe.

Cervelet. — Normal.

Bulbe et protubérance. — Normaux.

Poids :	H. D.	532 gr.
—	H. G.	527 gr.
—	Cervelet	130 gr.
—	Bulbe et protubérance	22 gr.

Examen histologique.

Les centres nerveux, fixés à l'alcool et dans le Muller, ont été traités par les méthodes de Nissl et de Weigert-Pal et par l'hématoxyline-éosine.

Les viscères, foie, rein, thyroïde, fixés au formol, ont été colorés à l'hématoxyline-éosine et au picro-carmin.

L'écorce cérébrale a été étudiée au niveau du lobule paracentral, du pied de la troisième frontale et au niveau du cunéus. Les fragments de l'hémisphère droit ont été mis dans le Muller, ceux de gauche dans l'alcool.

Lobule paracentral. — Il n'existe pas de lésions de méninges ni du tissu conjonctivo-vasculaire. Il n'y a pas d'inflammation.

Les pyramidales géantes ont un aspect normal. Elles ne sont pas pigmentées.

Les grandes pyramidales, sans pigment, de forme normale, ont leur

protoplasma contenant quelquefois des grains chromatiques nets, mais plus souvent poussiéreux ou en chromatolyse. Il existe presque toujours un début de caryolise, mais sans migration du noyau ; le nucléole est normal. Un certain nombre de grandes pyramidales sont neuronophagées. Cette neuronophagie est surtout très marquée pour les petites pyramidales à coloration généralement diffuse.

Les cellules de la couche moléculaire et les cellules polymorphes sont normales.

Les cellules névrogliques sont nombreuses.

Les fibres névrogliques sont nettement visibles autour de quelques vaisseaux.

Le plexus d'Exner n'est pas visible.

La couronne rayonnante paraît normale.

Pied de frontale III. — La pie-mère est assez épaisse, mais non enflammée. Il n'existe aucune lésion du tissu conjonctivo-vasculaire.

Les grandes pyramidales n'ont leur forme modifiée que par quelques échancrures de neuronophagie. Leur protoplasma est poussiéreux, non pigmenté ; le noyau est normal.

Les petites pyramidales sont teintes de bleu clair diffus. Leur forme est conservée.

Les cellules de la couche moléculaire et les cellules polymorphes sont, de même, uniformément colorées.

Le Pal ne montre pas de lésions certaines.

Les éléments névrogliques, cellules et fibres, ne paraissent pas augmentés.

Cunéus. — La pie-mère est normale, de même que le tissu conjonctivo-vasculaire.

Les grandes pyramidales sont en chromatolyse totale ou centrale ; leur noyau est normal ou coloré ou coloré et périphérique. Ce dernier aspect est rare.

Les petites pyramidales sont normales.

Les pyramidales ne sont pas neuronophagées.

Au Pal, le ruban de Vicq d'Azir est très net, la couronne rayonnante normale, le plexus d'Exner diminué.

Il n'y a pas d'augmentation névroglique appréciable.

Cervelet. — La méninge est normale. Il n'y a nulle part d'inflammation. Les cellules de Purkinje, distribuées inégalement sur les coupes, ont leur aspect habituel. Les grains sont normaux.

Protubérance. — Méninges et vaisseaux sont normaux. Il n'y a pas de lésion appréciable des fibres ou des cellules nerveuses.

Bulbe. — Dans son ensemble, il paraît tout à fait normal. Il semble y avoir raréfaction des pédoncules cérébelleux inférieurs, avec prédominance d'un côté.

Foie. — Il existe une dégénérescence graisseuse évidente à prédominance péri-sushépatique (il y a une légère sclérose péri-portale).

Thyroïde. — Les travées conjonctives sont nombreuses, épaisses et scléreuses. Les lobules ou fragments de lobules qu'elles limitent contiennent des vésicules dont un grand nombre présente une prolifération des cellules endothéliales de revêtement. La substance colloïde n'existe normale que dans quelques vésicules. Dans beaucoup, elle est diminuée.

Reins. — Les glomérules sont normaux. Les cellules des tubes contournés ont leur noyau bien coloré, mais elles sont presque toutes abrasées et expulsent des boules sarcoliques dans la lumière des tubes. Les tubes excréteurs sont normaux, de même que les vaisseaux.

Pour interpréter ces constatations, nous les avons comparées avec des pièces provenant d'un tuberculeux chronique de cinq ans plus âgé, d'une femme de même âge morte de phtisie galopante et d'un vieillard mort en démence.

Chez le *tuberculeux chronique,* dans le lobule paracentral, les pyramidales géantes sont normales mais pigmentées ; les grandes, normales ou quelquefois neuronophagées ; les autres cellules, normales. Dans le pied de F^{III}, les grandes pyramidales sont les unes tout à fait normales, les autres à protoplasma un peu teinté et pigmenté ; les cellules de la couche moléculaire et les cellules polymorphes sont normales. Dans le cunéus, les grandes pyramidales sont normales, les petites aussi, de même que les cellules de la couche moléculaire et les cellules polymorphes.

Pour juger s'il y avait raréfaction des cellules, nous les avons comptées dans les mêmes régions chez notre démente précoce et chez la femme de même âge, morte de phtisie galopante. Comptées sur un des diamètres (parallèle à la surface de la circonvolution) du champ du microscope Zeiss de 16 centimètres de longueur de tube avec oculaire IV et objectif de 8 $^{m}/_{m}$ les différentes cellules se sont trouvées respectivement de nombre différent en certains points seulement.

Soit par exemple :

			Démence précoce.	Témoin.
Lobule paracentral.	moléculaires		30	36
	pyramidales	géantes	0,5	1
		grandes	1	1,2
		petites	10	12
	polymorphes		22	22

			Démence précoce.	Témoin.
Pied de F III	moléculaires		26	26
	pyramidales	géantes	0	0
		grandes	4	4
		petites	10	10
	polymorphes		23	30

Ces chiffres, qui sont des moyennes, permettent de penser, chez notre démente précoce, à un nombre relativement un peu plus faible des pyramidales géantes et des grandes pyramidales dans le lobule paracentral.

Dans l'écorce du *vieillard en démence* que nous avons choisi, les lésions cellulaires sont très prononcées : atrophie pigmentaire, chromatolyse, caryolyse, neuronophagie jusqu'à disparition totale de la cellule.

Dans le *corps thyroïde du tuberculeux* nous avons relevé des lésions absolument semblables à celles du corps thyroïde de notre démente précoce. Il en est de même pour les lésions du *foie* et du *rein*.

En résumé, et quoique nous nous refusions à tirer aucune conclusion de l'examen d'un seul cas — testis unus, testis nullus — nous croyons pouvoir dire que *chez la démente précoce que nous avons examinée,* il n'existait aucune lésion inflammatoire, aucune lésion méningée, ni conjonctivo-vasculaire. Les pyramidales étaient relativement peu nombreuses dans le lobule paracentral. La majorité n'avait aucune grosse lésion. Il existait seulement des modifications dans la forme et l'aspect de quelques grandes et des petites pyramidales, surtout du lobule paracentral dont beaucoup étaient neuronophagées. Or cette femme mourut phtisique ; les lésions cellulaires des phtisiques sont généralement de cet ordre ; elles sont moins marquées, mais il peut n'y avoir qu'une différence de degré.

M. Deny communique les deux notes suivantes de MM. CAMUS et J. LHERMITTE, *Internes de la Salpêtrière.*

Recherches sur le sang des déments précoces. — Depuis quelques années seulement les variations quantitatives et qualitatives des éléments figurés du sang dans les maladies mentales ont fait l'objet de recherches.

Si des résultats semblent acquis, bien des points restent obscurs et nombre de documents sont presque inutilisables en raison du peu de renseignements que fournissent les auteurs sur le diagnostic précis et le stade évolutif de l'affection qui fait l'objet de leurs recherches.

Il nous a paru particulièrement intéressant de voir si dans la démence précoce le sang présentait, quant à ses éléments figurés, des modifications susceptibles de nous éclairer sur sa nature, ses variétés symptomatiques, son évolution.

Nos recherches ont porté sur trente cas de démence précoce, pris dans le service de notre maître M. Deny, à la Salpêtrière. Nous n'avons fait choix que des malades dont le diagnostic clinique était indiscutable et qui pour la plupart avaient été suivis pendant un certain temps. Voici nos résultats généraux :

Chez la plupart des malades, les globules rouges sont en nombre voisin de la normale. On ne constate qu'une très légère anémie dans un tiers des cas correspondant au stade de début. Leur forme, leur colorabilité ne sont pas altérées. Jamais nous n'avons trouvé une seule hématie nucléée.

Ces faits concordent avec ceux de Winckler et Sutherland qui mentionnent une anémie modérée dans différents états démentiels. Nous ferons remarquer toutefois que chez les sujets arrivés à la période de démence complète on ne trouve plus de modifications anormales dans le chiffre des hématies.

Ceci corrobore les observations cliniques qui depuis longtemps ont montré que la maladie arrivée au terme de son évolution s'accompagne d'un certain embonpoint et d'une nutrition meilleure qu'à sa période d'état.

Le nombre des globules blancs, si nous nous tenons au chiffre donné comme normal par les hématologistes est presque constamment augmenté. Si on admet avec Dominici le nombre de 7.000 par millimètre cube comme point maximum des oscillations physiologiques, nous trouvons que vingt-six fois sur trente il est dépassé. Cette leucocytose est cependant peu accentuée puisque dans neuf cas seulement elle dépasse 10.000 sans aller au-delà de 15.000.

Plusieurs auteurs, Mac Phail [1], Smith, Capps [2], avaient cons-

1. — Mac Phail : *Journal of. mental science,* t. XXX, p. 378.
2. — Capps : *Améric. journ. of. médical science,* t. CXI, p. 650.

taté cette leucocytose sujette d'ailleurs à des variations dans les affections mentales.

Aussi importante que le chiffre global des leucocytes est l'étude des variations de l'équilibre leucocytaire. C'est ainsi que dans les cas où la leucocytose était manifeste le pourcentage nous a montré que l'augmentation portait sur les mononucléaires du type moyen.

Pour ce qui est des éosinophiles, dans quatre cas ils étaient augmentés si on admet que le chiffre de ces éléments oscille normalement entre 1 et 4 °/₀ (Leredde et Bezançon).

Chez une malade ils atteignaient le chiffre remarquable de 23 °/₀ sans qu'une des causes provocatrices habituelles de l'éosinophilie put être invoquée. Deux examens à un mois d'intervalle montrèrent que celle-ci ne s'était pas modifiée.

Il est à remarquer que sur les dix cas où la maladie était arrivée à la phase de démence terminale le chiffre des éosinophiles n'était pas augmenté.

Ces résultats tirés du pourcentage leucocytaire concordent avec ceux de Dide et Chesnais [1]. Nous ne nous croyons pas cependant autorisés à conclure avec eux à une éosinophilie manifeste dans la démence précoce.

En résumé, des constatations que nous avons faites sur le sang des déments précoces il résulte que :

1° Il existe dans la majorité des cas une leucocytose très modérée, qu'elle se montre aussi bien à la période terminale qu'au stade de début ou à la phase d'état de la maladie ;

2° Que cette augmentation leucocytaire porte de préférence sur les éléments mononucléées du type moyen ;

3° Que l'anémie se montre uniquement dans tous nos cas aux périodes de début ou d'état et jamais à la période terminale.

Il nous a paru que ces modifications du sang n'avaient aucun rapport avec la forme clinique de la maladie et que quelques-unes seulement répondaient plutôt à un stade évolutif de l'affection.

Quant à la nature de la maladie, l'étude du sang permet seulement de supposer, étant donnée la faible leucocytose à type mononucléaire, l'anémie légère aux périodes de début et d'état,

1. — Dide et Chesnais : *Annales médico-psychologiques*, nov.-déc. 1902.

que l'organisme est frappé par un processus lent mais assez diffus toutefois pour que le sang en reflète les atteintes et les traduise par les caractères que nous avons essayé de dégager.

Examens du liquide céphalo-rachidien chez les déments précoces. — Nous avons examiné le liquide céphalo-rachidien dans vingt cas de démence précoce dont le diagnostic était cliniquement aussi à l'abri des critiques qu'il est possible. Ils étaient presque tous suivis depuis plusieurs années et leur évolution soigneusement notée.

L'examen cytologique, nous a montré que dans six cas seulement il existait une lymphocytose en général modérée.

Ne doivent être (Chauffard et Boidin [1]) et n'ont été considérés par nous comme positifs que les cas où les lymphocytes dépassaient le chiffre de cinq par champ d'immersion. Sur ces six malades cinq étaient arrivées à la phase de démence terminale, la dernière encore à la période d'état est une catatonique typique.

Chez ces malades, il nous a été impossible de trouver dans les antécédents aucune trace de syphilis ni aucune cause étrangère d'irritation méningée.

L'inconstance, la discrétion et, semble-t-il, l'apparition tardive de la lymphocytose dans ces quelques cas doivent être opposées à la précocité, à l'abondance et à la constance de celle de la paralysie générale. Dans treize cas, en effet, de cette dernière affection, où nous l'avons cherchée, elle s'est montrée dès le début constamment et d'une abondance extrême.

L'absence de lymphocytose dans les cas de démences vésaniques rapportés par les auteurs (Séglas et Nageotte [2], Dupré et Devaux [3], Duflos [4], Nageotte et Jamet [5], Pasturel [6], Meyer [7]) tient peut-être d'une part au petit nombre de cas examinés ; d'autre part, à ce qu'elle n'a pas été recherchée à la période de démence terminale.

1. — Chauffard et Boidin : *Gazette des Hôpitaux,* 28 juin 1904.
2. — *Soc. Méd. Hôp.,* 7 juin 1901.
3. — *Soc. Méd. Hôp.,* 7 juin 1901.
4. — Thèse, Paris, nov. 1901. — Cité par Millian : *Le liquide céphalo-rachidien,* Paris, 1904.
5. — *Soc. Médic. Hôp.,* 17 janvier 1902.
6. — Thèse, Toulouse, 1902.
7. — E. Meyer : Berlin, *Klin-Wochensch,* n° 5, 1904.

L'opinion des auteurs nous semble donc exagérée et si l'absence de lymphocytose dans les démences vésaniques demeure la règle, il n'en reste pas moins qu'elle peut se montrer modérée dans un nombre de cas assez restreint sans pour cela infirmer le diagnostic et sans qu'elle soit actuellement justiciable d'une explication suffisante. Chez tous nos malades nous avons recherché s'il n'existait pas de modifications dans le taux des chlorures du liquide céphalo-rachidien. Le chiffre des chlorures oscillait entre 6gr 44 et 8gr 55, sans qu'il y ait un rapport entre leur taux, la pression du liquide, la présence d'éléments figurés ou les caractères cliniques de l'affection.

M. le Dr MARIE, *Médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Seine).*

Démence de la Puberté. — Parmi les démences de l'adolescence, il semble qu'il y en ait une bien nettement reliée à la puberté, sorte d'avortement de ce dernier stade de l'évolution individuelle.

Cet arrêt d'évolution éclot sur un terrain souvent prédisposé à l'occasion d'un processus infectieux incident. Il doit être opposé aux syndrômes dégénératifs curables d'une part et aux démences plus tardives ou secondaires à des altérations psychiques autres. Il est caractérisé par des anomalies régressives de la sphère sexuelle, de l'inadaptation aux fonctions reproductrices (onanisme secondaire) une suspension des actions supérieures coordinatrices et frénatrices et une stéréotypie prématurée et sans cohérence des réactions automatiques. Les hématopièses diverses sont troublées avec prédominance variable d'insuffisance de telle ou telle glande vasculaire (indication thérapeutique possible).

Suivant les recherches de Flechsig, on peut ramener à trois les centres successifs d'association de nos neurones dans le cerveau, considéré d'arrière en avant.

Le premier centre, ou centre postérieur, correspond aux associations de sensations, c'est le premier développé ; contemporain de la vie passive de l'enfant, il correspond aux contrôles des sens les uns par les autres et aux différenciations des sensations internes et externes.

Le deuxième centre, ou centre moyen, correspond aux asso-

ciations sensitivo-motrices ; il se développe surtout avec les mouvements plus actifs, lorsque l'enfant a commencé à marcber et myélinise sa moëlle motrice.

Le troisième, ou centre antérieur, dernier en date, ne se myélinise que plus tard, lorsqu'arrive la puberté ; il correspond aux associations idéatives complexes aux eurégistements plus durables qui coordonnent notre activité en la modérant ; grâce aux excitations accumulées par ces associations, les réflexes immédiats font place à des processus générateurs d'actes dits spontanés, plus ou moins variables et adaptés à des circonstances données ; dans des conditions identiques, les réactions spontanées de l'individu normal tendent, comme les réflexes, à se produire d'une façon constamment semblable, c'est la stéréotypie normale.

Le développement de ce troisième centre, et sa myélinisation peuvent être plus ou moins rapides, plus ou moins complets et apparaître plus ou moins tôt. Son apparition et son évolution complète semblent dépendre de la puberté même. Avec l'avènement de celle-ci, en effet, coïncide l'apparition d'un ensemble de modifications physiques (stature, son de voix, transformations pileuses, tégumentaires, maturité des glandes génitales) qu'accompagne sans conteste un flot de sensations et d'associations multiples afférentes à la sexualité.

Que cette maturité soit retardée, faussée, incomplète ou nulle, il en doit résulter une absence, une atrophie ou une myélinisation incomplète du centre correspondant.

Là nous paraît résider le substratum d'un certain nombre de démences précoces.

Mais pourquoi la maturité sexuelle avorterait-elle et avec elle le développement physique final ?

C'est à cette hypothèse que nous avons cru pouvoir consacrer quelques réflexions : Les glandes sont toutes hématopoïétiques, mais semblent en une certaine hiérarchie les unes par rapport aux autres. En l'absence de données suffisantes sur la nature même des hématopoièses, remarquons du moins que le thymus et le système thyroïde qui en dérive, semblent commander la série des échanges bio-chimiques qui retentissent sur les diverses autres glandes vasculaires de l'organisme et peut-être aussi sur les phases de myélinisation spinale et cérébrale que nous avons vues se succéder.

Ne voyons-nous pas l'atrophie thyroïdienne précoce retentir sur la glande sexuelle, en arrêtant parallèlement le développement du squelette et du cerveau.

Ne voyons-nous pas la puberté se présager par une véritable acromégalie transitoire normale, âge ingrat contemporain des dernières retouches organiques à l'échéance pubère (action génito-pituitaire). La fonction thyroïdienne étant normale, ne voyons-nous pas l'émasculation troubler les transformations pileuses, vocales et même squelettiques.

Ces brèves considérations nous paraissent en faveur de la théorie toxi-génitale de certaines démences précoces.

Les toxines seraient dues au métatolisme incomplet des éléments que l'action vasculaire des glandes sexuelles doit transformer pour fournir un complet développement physique et mental adéquat à la maturité sexuelle.

Selon la phase où ce trouble naîtrait, et selon son intensité, on comprend qu'on puisse observer des degrés et des formes variables de cette démence précoce.

Les formes types de ces démences pubères ont été décrites, tout d'abord, sous le titre caractéristique d'hébéphrénie (Hébé — jeunesse).

Les premières recherches nécroscopiques d'Hecker ont relevé de la pachyméningite limitée à la région cérébrale antérieure avec injection pie mérienne, teinte foncée de la substance corticale, dilatation ventriculaire correspondante et affaissement des circonvolutions.

Alzhemier et Nissl ont également trouvé bien des altérations notables des cellules corticales, spécialement des couches profondes, avec hypertrophie des noyaux, membrane plissée, corps cellulaire rétracté et altéré. Néoformation névroglique péricellulaire.

Nissl décrit surtout des dégénérescences de cellules névrogliques avec noyau volumineux et pâle. (Kraepelin, V. II, p. 181-182.)

Marro a relaté deux autopsies (Obs. 14 et 18) où il relève des lésions notables du cerveau antérieur (leptoméningite, ramollissement gris et épanchement séro-sanguin).

Enfin Klippel, dans son récent travail, signale des altérations cellulaires de la zone corticale des centres d'associations. Toutes ces recherches se concilieraient avec celles de Fleichsig

sur le développement des centres cérébraux dans notre hypothèse. Mais, dira-t-on, les déments précoces jeunes, à puberté avortée, sont des onanistes, ce qui semblerait indiquer une sexualité plutôt exagérée et les castres, bien que devenant fréquemment délirants (mœbins), ne deviennent pas déments précoces à la période de puberté. C'est que la suppression des glandes sexuelles produit un résultat tout différent de leur aberration ; absentes, elles ne sécrètent rien ; aberrées, elles secrètent des produits anormaux; enfin, il faut distinguer la la sécrétion extérieure de sécrétion interne, la seule hématopiétique et la glande que la masturbation épuise en sécrétions externes ne peut, peut-être, pas faire face aux sécrétions internes nécessaires. D'autre part, l'insuffisance des hématopoïèses empêche le développement cérébral nécessaire aux adaptations nouvelles de la sexualité normale en vue de la reproduction de l'espèce, dont l'onanisme est la négation. On sait d'ailleurs que le masturbateur est souvent gynécophobe (et inversement dans l'autre sexe) ; aussi, l'histoire de la vie sexuelle des déments précoces qui nous occupent est-elle typique à ce point de vue.

NOMS & PRÉNOMS	AGE, TAILLE, POIDS	ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES	ANTÉCÉDENTS PERSONNELS	DÉBUTS DES TROUBLES MENTAUX	TROUBLES MENTAUX & SOMATIQUES ACTUELS	TROUBLES DE LA SPHÈRE SEXUELLE
MEL..... André......	Age : 25 ans. Taille : 1m,99. Poids : 72 k.	Père suicidé. Mère d'une stature exagérée.	N'a jamais été très intelligent. A toutefois fait quelques études. Puberté troublée par une croissance exagérément rapide. A cette époque, sa mère ne s'est pas aperçue qu'il se soit masturbé.	Infection aiguë initiale : grippe infectieuse ayant produit un délire hallucinatoire aigu avec anxiété, impulsions très violentes.	Inconscience, insensibilité. Crises de contracture à la suite desquelles le malade se laisse tomber à terre. Gigantisme. Verge en marteau. Catatonie et tremblements musculaires. Cyanose et sialorrhée.	Masturbation fréquente inconsciente durant les visites de sa mère. Tic puéril, traction constante du prépuce ou du gland. Gynécophobie.
DUF.. .. Georges.....	Age : 26 ans. Taille : 1m,61. Poids : 49 k.	Père alcoolique.	Intelligent, bon élève, se masturbait à l'école et masturbait ses camarades.	Il n'y a pas eu d'accidents infectieux au début des troubles mentaux qui ont consisté en affaiblissement progressif de l'intellect qui a coïncidé, dit la famille, avec un onanisme presque ininterrompu.	Agitation ininterrompue : marche rapidement autour de la cour, puis s'arrête pour se masturber et reprend sa course. Apathie et indifférence. Tendance au négativisme. Maigreur et pâleur de la face.	Grand masturbateur. Gynécophobie.
LEG..... René.	Age : 24 ans. Taille : 1m,52. Poids : 55 k.	Père alcoolique, mort cardiaque.	A bien travaillé jusqu'à 21 ans. Bon ouvrier. Était très peureux. Se masturbait fréquemment.	Débuts des accidents mentaux à 23 ans par une fugue : prend un fiacre pour aller voir un ami, croit qu'on veut l'assassiner.	Crises alternantes d'excitation et de dépression sans retour à l'état normal. Catatonie pendant les périodes de dépression. Masturbation jusqu'au sang au début des périodes d'excitation et stéréotypie des mouvements pendant les périodes d'excitation.	Masturbation intermittente. Gynécophobie.
MERC.... Eugène......	Age : 21 ans. Taille : 1m,54. Poids : 43 k.	Une tante maternelle aliénée.	Chute d'un étage à l'âge de 7 ans. Depuis ce moment, caractère violent et impulsif. Onanisme ancien.	Troubles mentaux, paraissent faire suite au traumatisme. Début par une crise d'excitation maniaque hallucinatoire.	Agitation continue. Mouvements stéréotypés. Négativisme, inconscience. Masturbation impulsive jusque sous la douche froide. Inégalité pupillaire au début.	Masturbation. Gynécophobie.
FRANC... Augustin....	Age : 39 ans. Taille : 1m,68. Poids : 55 k.	Mère démente sénile.	Était instituteur à la Varenne. Était masturbateur gynécophobe.	A 31 ans, par crise de mélancolie, mutisme, refus d'aliments.	A la suite de sa dépression du début, le malade entre en rémission pendant 18 mois, puis excitation, puis nouvelle dépression avec catatonie, aboutissant à l'état de démence avancée avec gâtisme, stéréotypie des mouvements, violences. Reptation et attitudes paradoxales absurdes.	A toujours été un masturbateur effréné. Verge enflée. Gynécophobie. Tient toujours ses organes génitaux en main.
FUR...... Gaston......	Age : 36 ans. Taille : 1m,80. Poids : 54 k.	Père syphilitique et mère très affaiblis.	Était employé d'administration, masturbateur.	A l'âge de 25 ans, crise d'excitation avec syndrome simulant la paralysie générale (signes physiques et psychiques). Sorti guéri. Rentré deux ans après, excitation, démence, stéréotypie.	Démence complète, mutisme, stéréotypie des mouvements et des paroles, négativisme.	Masturbation invétérée. Gynécophobie.
SOUCH... Henri.......	Age : 24 ans. Taille : 1m,67. Poids : 65 k.	Néant.	Dessinateur. Paraît s'être violemment surmené ces derniers temps. Menait de front de nombreuses études. Était masturbateur. Aurait cherché à violenter sa belle-mère au début de sa maladie.	Idées confuses de persécution. Soigné puis revenu chez ses parents, il a été arrêté sur la voie publique où il prononçait des paroles sans suite.	Agitation, incohérence, masturbation effrénée. A manifesté des tendances au suicide.	Masturbateur.
GUIL..... Frédéric....	Age : 22 ans. Taille : 1m,62. Poids : 57 k.	Inconnus.	Était ouvrier tapissier. Masturbateur, gynécophobe. Empatement et gonflement de la région thyroïdienne.	Excitation avec idées de persécution, violences.	Incohérence, catatonie, attitude figée. Cyanose des extrémités. Visage glabre.	Masturbation.
LEV...... Henri.......	Age : 21 ans. Taille : 1m,26. Poids : 44 k.	Néant.	Élevé par sa grand'mère. Était très nerveux. Somnambulisme ? violent. A appris le métier de garçon coiffeur. Masturbation, gynécophobie.	Excitation hallucinatoire avec idées de persécution ; a été longtemps très halluciné.	Mutisme, négativisme. Attitude figée. Se tient constamment la verge. Quelques stéréotypies des mouvements, sputation continue.	Masturbation fréquente.
CROIZ.... Georges.....	Age : 27 ans. Taille : 1m,56. Poids : 47 k.	Mère aliénée persécutée, internée à Maison-Blanche.	Élevé à la campagne où il a fait des études suffisantes. Masturbateur depuis l'âge de 13 ans.	A 17 ans, interné à Vaucluse pour dépression, y reste 1 an. Interné une deuxième fois pour le même motif, y reste encore 1 an. Entré à Villejuif cette année.	État de dépression, catatonie, gâtisme par intervalles.	Masturbation.
GAD..... Gustave.....	Age : 20 ans. Taille : 1m,56. Poids : 46 k.	Père paludéen.	Normal jusqu'à 11 ans ; opéré d'une hernie. A la même époque, mort de sa mère. Son caractère s'aigrit. Condamné à 2 ans pour vol (à 17 ans) il a commencé à délirer à Fresne.	Délire polymorphe, ambitieux et de persécution, incohérence considérable.	Incohérence, vergibération. Négativisme. Impulsions violentes.	Masturbateur.
BAILL... Charles.....	Age : 25 ans. Taille : 1m,52. Poids : 53 k.	Père aliéné.	Aurait subi dans son enfance toute sorte de mauvais traitements de la part de son père. Était assez intelligent.	En 1901, délire ambitieux aboutissant rapidement à un état démentiel avec gâtisme, catatonie, écholalie.	Obnubilation, apathie, incohérence, inconscience et catatonie. Pupilles dilatées.	Grand masturbateur.

Fle 10, p. 146 b.

M. DENY, *Médecin de la Salpêtrière, Paris.*

Avant de répondre aux diverses objections qui m'ont été adressées, je crois devoir protester hautement contre l'intention qui m'a été prêtée d'avoir voulu procéder à une sorte d' « exécution » de maitres que je respecte, en prenant parti pour la conception allemande de la démence précoce. J'ai défendu cette conception, abstraction faite de son origine, parce que c'est elle qui répond le mieux aux faits que j'ai observés. J'ai l'intime conviction qu'il en sera de même pour tous les esprits non prévenus qui voudront bien ne pas se laisser égarer par des considérations de nationalités ou de personnes étrangères au débat.

Cela dit, je reviens à la démence précoce. A en croire M. Parant, la place que je lui ai accordée dans mon rapport serait tout à fait injustifiée, parce que cette affection est excessivement rare, si même elle existe, et que les données cliniques, anatomiques et étiologiques qui lui servent de base sont très discutables. J'ai eu le regret d'entendre M. Régis formuler les mêmes reproches à peu près dans les mêmes termes et revendiquer pour Morel la paternité d'une affection à laquelle cet auteur a porté au contraire un coup funeste en l'assimilant à un simple stigmate de dégénérescence. J'en demande bien pardon à mes contradicteurs, non seulement la démence précoce existe en tant qu'affection distincte, ayant, sinon une étiologie, du moins une symptomatologie et une évolution spéciales, mais sa fréquence égale, si même elle ne la dépasse, celle de la paralysie générale progressive. Cette fréquence correspond au quart environ de la population des asiles, ainsi qu'en font foi de nombreuses statistiques, et elle n'est pas moins grande dans la population extra-hospitalière. Comme l'a justement fait remarquer M. Gilbert Ballet, on coudoie à chaque instant dans le monde des êtres « falots », qui ne sont autre chose que d'anciens déments précoces ayant repris leur place dans la société et remplissant même parfois quelque vague emploi subalterne malgré leur profond déficit intellectuel. Mais si M. Gilbert Ballet et moi sommes à peu près d'accord en ce qui concerne la nosographie de la démence précoce, il n'en va plus de même en ce qui touche la nosologie.

Partisan décidé de l'origine constitutionnelle de cette affection, M. Gilbert Ballet m'a reproché d'avoir établi un rapprochement entre les lésions cellulaires qu'il a observées dans deux cas de confusion mentale et de psychose polynévritique et celles qui ont été signalées par MM. Klippel et Lhermitte dans leurs cas de démence précoce.

Outre qu'elles présentaient des caractères différents, ces lésions, dit M. Ballet, ne siégeaient ni dans les mêmes cellules, ni dans les mêmes régions de l'écorce ; fussent-elles comparables, elles n'auraient pas la signification que je leur ai attribuée, des infections secondaires ayant pu en favoriser la production. M. Gilbert Ballet m'a reproché en outre de n'avoir pas assez tenu compte des modifications de volume et de nombre des cellules, sur lesquelles ont particulièrement insisté MM. Klippel et Lhermitte, modifications qui indiqueraient, d'après lui, que les cerveaux sur lesquels on les a constatées appartenaient à des sujets préalablement tarés c'est-à-dire à des dégénérés.

J'accepte les objections de M. Gilbert Ballet, mais je doute qu'elles soient péremptoires. Une simple différence de topographie des lésions n'implique pas une différence de nature ; et, d'autre part, les lésions morphologiques auxquelles a fait allusion M. Gilbert Ballet sont plutôt des anomalies que l'indice d'un véritable état morbide ; or, sans état morbide il ne saurait y avoir de dégénérescence, au sens que Morel a attribué à ce mot. Je reconnais du reste tout ce qu'a encore d'imprécis l'anatomie pathologique de la démence précoce, et je m'inclinerai volontiers devant les objections de M. Gilbert Ballet si elles sont vérifiées par les nouvelles recherches qui ne sauraient tarder à se produire. La même remarque s'applique aux judicieuses observations de MM. Klippel et Lhermitte concernant la véritable signification des réactions du tissu vasculo-conjonctif de l'encéphale signalées par quelques auteurs et dont il m'était difficile de ne pas faire état.

Au point de vue étiologique, M. Ballet a rapporté une statistique de 17 cas de démence précoce observés chez des sujets ayant des antécédents névropathiques ou héréditaires très chargés et il en a conclu à l'origine dégénérative de cette affection. Il me serait facile d'opposer d'autres statistiques à celle de M. Ballet, et, sans aller bien loin, je lui rappellerai la thèse de

M. Darcanne, dans laquelle il trouvera 16 observations de déments hébéphréno-catatoniques appartenant au service de M. Séglas, dont les antécédents héréditaires névropathiques étaient nuls ou peu marqués ; mais M. Ballet ayant pris la précaution de nous avertir l'année dernière que les statistiques globales ne pouvaient trancher la question, je ferai moi-même bon marché de cet argument. Il est bien certain, en effet, et je l'ai formellement déclaré, après et avec tous les auteurs qui se sont occupés de la question, qu'une prédisposition est nécessaire au développement de la démence précoce. Comme celle de M. Séglas, la statistique de M. Ballet met le fait en évidence avec plus de netteté peut-être parce qu'elle ne vise que des déments paranoïdes ; je ne crois pas qu'elle autorise une autre conclusion.

A l'appui de l'origine dégénérative de la démence précoce, M. Gilbert Ballet a encore invoqué le cas de plusieurs membres de la même famille observés par lui qui étaient atteints de démence précoce ; mais n'a-t-on pas rapporté également quelques exemples de paralysie générale familiale, sans que leurs auteurs se soient crus pour cela en droit de faire jouer un rôle prépondérant à l'hérédité dans le développement de cette affection.

J'en arrive maintenant aux deux cas de guérison de catatonie avec *restitutio ad integrum* rapportés par M. E. Dupré. Bien qu'il n'y ait dans le fait de ces guérisons, susceptibles du reste de diverses interprétations, rien que de tout à fait conforme à la pure doctrine de la démence précoce, ce mot étant entendu au sens allemand que j'ai eu le soin de préciser, M. Dupré en a pris prétexte pour faire un retour en arrière et nous proposer de rejeter délibérément hors du cadre de la démence précoce sa variété la plus typique. Que le pronostic de la catatonie commande quelques réserves, c'est un fait hautement reconnu ; mais c'est peut-être aller un peu vite que de la considérer d'ores et déjà comme une pseudo-démence de nature indéterminée.

Encore une fois, l'immense intérêt qui s'attache aujourd'hui à l'étude de la démence précoce résulte uniquement de la complexité des problèmes qu'elle soulève et de l'orientation nouvelle que leur solution pourra imprimer à la psychiâtrie. Celle que j'ai adoptée n'est certes pas à l'abri des critiques ; elle a du

moins pour elle de répondre à la généralité des faits : ceux qui viennent de nous être signalés par M. Dupré, malgré leur extrême rareté, pourront la modifier, mais seulement le jour où, d'exceptionnels, ils seront devenus la règle.

M. Ph. TISSIÉ, *de Pau*, demande qu'une sanction soit donnée à ces travaux par des conclusions de la part du Congrès sur cette question si importante puisqu'elle a fait l'objet d'un rapport très complet et très savant et d'argumentations de très haute valeur. On ne peut se séparer sur une incertitude. Il est nécessaire de fixer les points principaux qui se dégagent de la discussion du rapport.

La chose est délicate, mais non impossible ; elle est nécessaire.

M. DUPRÉ, *de Paris*, répond à M. Ph. Tissié que les discussions du Congrès ne comportent pas de vote de conclusions.

La séance est levée à midi.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

(2 AOUT — 2 HEURES)

Palais d'Hiver. — Salle des Fêtes.

PRÉSIDENCE DE M. NOGUÈS *(de Toulouse)*, VICE-PRÉSIDENT.

Fin de la Discussion sur les Démences Vésaniques.

M. BRISSAUD, *Médecin de l'Hôtel-Dieu, Professeur à la Faculté de Médecine, à Paris.*

Un de nos collègues exprimait le désir que l'on fît connaître par voie de suffrages l'opinion de la majorité d'entre nous sur la question des démences vésaniques. Comme lui a fort justement répondu M. Ballet, nous sommes réunis ici pour un Congrès, et non pour un Concile. D'ailleurs, dans le cas présent, une sanction scientifique au débat qui vient d'avoir lieu serait prématurée. Mais on peut tirer quelques conclusions du remarquable rapport de M. Deny et des intéressantes discussions qu'il a provoquées. En parlant de *démence précoce*, chacun de nous a suivi son orientation personnelle. Nous nous rencontrerons cependant un jour, car nous tendons tous à nous rapprocher de la vérité.

Il n'est pas douteux que la démence précoce, envisagée comme entité clinique, représente un type encore indécis. Personne n'a pu établir une symptomatologie qui lui soit propre et son anatomie pathologique manque de précision.

Mais si nous ne pouvons nous entendre encore sur l'individualité nosographique de la démence précoce, je crois que nous

sommes tous d'accord pour reconnaître l'existence des syndromes cliniques sur lesquels insistait M. Ernest Dupré. Nul ne conteste la réalité d'une *psychose hébéphrénique,* d'une *psychose catatonique,* et même des *formes paranoïdes.* Lequel de ces syndromes cliniques doit servir à créer une entité nosographique ? Les discussions précédentes ont bien montré qu'il est trop tôt pour le décider.

On s'est demandé si la démence précoce était caractérisée par des troubles psychiques préalables ? Cette question ne peut être que secondaire. Ne voit-on pas, en effet, que la paralysie générale est précédée dans certains cas de phénomènes délirants qui font complètement défaut dans d'autres cas ?

Quant à l'influence de l'hérédité, elle ne peut être contestée par personne, mais elle ne saurait constituer un caractère distinctif suffisant, puisqu'elle se retrouve dans la pathologie toute entière.

Faut-il attacher plus d'importance au pronostic ? Les justes remarques de M. Parant, les observations de M. Ernest Dupré montrent bien qu'il serait téméraire d'affirmer dès à présent l'incurabilité de l'affection.

Un point sur lequel il me semble que l'on n'a pas assez insisté, c'est sur l'*âge* auquel surviennent les accidents psychopathiques. Le mot de *précoce* a un sens dont la clinique doit tenir le plus grand compte. Lorsqu'il s'agit d'affections nerveuses, l'influence de l'âge est d'une importance capitale. Pouvons-nous, par exemple, comparer la poliomyélite antérieure chez un enfant de huit ans et chez un sujet de trente ans ? Anatomiquement et nosographiquement, c'est bien sans doute la même maladie ; mais quelle différence au point de vue clinique et pronostique ! Lorsqu'un enfant est atteint de paralysie infantile, au moment de la période fébrile du début, il nous est impossible de prévoir quels seront les reliquats de la maladie, quels muscles demeureront inertes, quels autres récupéreront toutes leurs fonctions. De même, lorsqu'il s'agit d'une psychopathie *précoce,* pouvons-nous prévoir avec certitude ses conséquences ultérieures? Nous ne pouvons pas non plus ne pas tenir compte de l'opinion défendue par M. Régis, pour qui les infections et les intoxications jouent un rôle étiologique de premier ordre. Ce serait méconnaître les meilleures acquisitions de la pathologie.

Il faut aussi l'avouer, l'histopathologie cellulaire ne nous a donné jusqu'à présent que des résultats décevants. L'heure n'est pas venue d'édifier l'anatomie pathologique de la démence précoce.

En résumé, je crois que nous sommes en présence d'un trop grand nombre d'inconnues pour pouvoir nous prononcer de façon catégorique sur cette question de la démence précoce. Ces inconnues nous commandent la réserve. La part incontestable et incontestée qui revient aux aliénistes français dans l'étude de cette psychose nous fait un devoir de prendre en considération les travaux de l'école d'Heidelberg. D'ailleurs, M. Dupré le disait tout à l'heure, on a quelque tendance à donner à la conception de Kraepelin plus d'ampleur que celui-ci ne lui en attribue lui-même. Si l'ensemble de sa doctrine ne paraît pas inattaquable, l'existence des syndromes cliniques dont il parle, quel que soit le nom qu'on leur donne, ne paraît guère contestable aujourd'hui, après les discussions qui ont suivi le savant rapport de M. Claus, l'an dernier, à Bruxelles, et après le rapport si précis et si clair de M. Deny, cette année.

DES LOCALISATIONS

DES

FONCTIONS MOTRICES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

Résumé du Rapport présenté par M. SANO,
Médecin des Hôpitaux d'Anvers.

L'étude des localisations motrices dans les centres nerveux est déjà de date ancienne. Les recherches dans la moelle épinière datent de Vulpian et de Hayem. La méthode de Nissl nous ayant donné de nouveaux et précieux moyens d'investigation, les expérimentateurs poursuivaient patiemment leurs recherches

lorsqu'une voix des plus autorisées leur a dit : « Votre méthode est indécise. Vos résultats sont contradictoires. Vos théories sont en opposition avec ce que la clinique nous enseigne journellement. »

Il était donc nécessaire d'examiner à nouveau la question, de faire une revue détaillée des nombreuses recherches des dernières années et de voir si les faits et les théories sont réellement en discordance.

Il est tout d'abord nécessaire de constater que si la plupart des expérimentateurs ont eu quelquefois des résultats négatifs, si des erreurs ont été commises, cela prouve uniquement qu'il faut une initiation plus approfondie, une attention plus soutenue ; en un mot, qu'il ne suffit pas de se mettre à la besogne pour réussir, mais qu'il faut aussi patiemment s'habituer à contrôler les résultats obtenus. Une erreur qui paraît grossière est celle de se tromper dans le numérotage des racines ; cette erreur a souvent amené des malentendus. Mais combien d'erreurs plus considérables ne sont pas faites en clinique, où elles passent mieux inaperçues parce qu'elles ne peuvent être contrôlées.

Nous avons à examiner les points suivants :

a) A quel degré les fonctions motrices de la moelle épinière sont-elles localisées ?

b) Connaissons-nous suffisamment de territoires nettement délimités pour pouvoir donner un aperçu topographique d'ensemble ?

c) De l'ordonnance des localisations motrices dans la moelle épinière, ressort-il des indications générales sur les rapports qu'elles affectent entre elles et les concordances qu'elles présentent avec les organes périphériques innervés ?

La méthode suivie dans nos études est spécifique des recherches de localisation : elle consiste à retrouver dans la moelle la répercussion *localisée* d'un traumatisme *localisé* produit récemment à un endroit déterminé de la périphérie. La relation fonctionnelle de ces territoires ne peut offrir aucun doute. Leur relation anatomique peut être démontrée dans des limites si étroites qu'elles en imposent à l'esprit.

Soit que l'on fasse une extirpation musculaire, une résection nerveuse ou une amputation de segment de membre, la réaction

cellulaire centrale permettra de déceler les noyaux moteurs qui innervaient les muscles mis hors de fonction.

Les premières expériences de Nissl n'ont pas donné des résultats précis. Marinesco, au contraire, après quelques insuccès, parvint à décrire des noyaux circonscrits formant l'origine réelle des nerfs. Chaque nerf tire son origine d'un noyau principal et de noyaux accessoires.

Dans une nouvelle série d'expériences, le même auteur, après résection de nerfs se rendant à un seul muscle ou à une masse musculaire fonctionnellement distincte, retrouve une localisation déterminée et bien circonscrite. Les amputations radio-carpienne, huméro-cubitale et scapulo-humérale déterminent des lésions dans plusieurs noyaux correspondant aux muscles dont le segment amputé se compose.

De Neef, en rupturant les nerfs qui se rendent à un segment de membre, obtient une chromolyse dans des noyaux correspondants. Il assigne à chaque noyau une fonction segmentaire, c'est-à-dire que, d'après lui, chaque noyau naturel de la moelle a pour fonction d'innerver tous les muscles d'un segment de membre. Il existerait donc un noyau du pied, un noyau de la jambe, un noyau de la cuisse, etc.

Parhon et ses collaborateurs, en sectionnant des nerfs, en désarticulant des segments, et plus tard en extirpant des muscles, ont retrouvé de nombreuses localisations bien différenciées, et il résulte de leurs recherches que les muscles ont chacun leur centre d'innervation bien distinct; que les muscles à action commune, réunis à la périphérie, ont leurs centres groupés comme les muscles qu'ils innervent et qu'ils sont étroitement unis entre eux.

Des expériences très précises de Brissaud et Bauer, on peut conclure que la moelle de la grenouille possède au niveau des renflements cervical et lombaire une différenciation fonctionnelle très remarquable qui fait qu'à chaque segment de membre correspond une zone médullaire. Les trois zones sont régulièrement disposées l'une après l'autre, un peu obliquement de haut en bas et d'avant en arrière.

Entre ces divers résultats expérimentaux, il n'y a pas de contradiction. Les quelques divergences ne reposent souvent que sur des malentendus ou des erreurs de numération des

racines que les auteurs ont été les premiers à reconnaître dans la suite. Le rapporteur le démontre explicitement.

Les contributions anatomo-pathologiques dont la valeur est indiscutable ne sont pas encore très nombreuses. Mais elles ont pour la plupart précédé les recherches expérimentales. Et celles-ci ayant confirmé les premières constatations faites chez l'homme, il devient presque certain que la différenciation anatomique dans la moelle humaine est au moins aussi profonde et aussi méthodique qu'elle l'est chez les animaux.

Les auteurs ont synthétisé les faits à leur connaissance en des théories très diverses à première vue :

a) Théorie radiculaire (Dejerine).
b) Théorie fasciculaire (Krauss et Philippson).
c) Théorie nerveuse (actuellement modifiée).
d) Théorie segmentaire (Van Gehuchten et Brissaud).
e) Théorie musculaire (incomplète).
f) Théorie fonctionnelle (Parhon).
g) Théorie téléologique (Marinesco).

Mais l'examen approfondi nous montre qu'aucune de ces théories n'exclut les autres par sa partie positive. Chacun a vu juste, mais chacun n'a vu qu'une partie de la question. Et ceux qui ont cru pouvoir infirmer ce que d'autres avaient constaté ont eu tort dans la partie négative de leur proposition. C'est assez dire qu'il serait téméraire d'affirmer qu'il n'existe pas de différenciation nucléaire parce que cette différenciation n'existe pas dans la racine motrice, ou qu'il n'existe pas de localisation musculaire parce qu'il existe une localisation segmentaire.

Nous savons qu'il existe des localisations radiculaires et que le segment où se trouve l'origine apparente d'une racine contient aussi son origine réelle, sauf quelques empiètements sur les parties voisines.

Nous ne doutons plus que les noyaux naturels, c'est-à-dire les amas de cellules ganglionnaires distinctement séparés les uns des autres, ne soient disposés d'une manière constante suivant des dispositions utiles à leur fonctionnement; que des muscles à fonction et à origine embryonnaires analogues possèdent des noyaux plus serrés les uns contre les autres que ceux des muscles en opposition fonctionnelle ; que chaque muscle possède son foyer distinct d'innervation.

Aucune de ces propositions ne nous surprend et nous ne voyons entre elles aucune discordance. Que les noyaux des masses musculaires d'un segment de membre soient groupés de telle sorte qu'on puisse parler d'une zone d'influence médullaire reproduisant dans l'accroissement de substance médullaire au niveau des renflements cervical et lombaire, une région, homologue à la région du membre qui est en connexion avec elle, cela encore n'est que naturel, et nous pouvons même admettre que ces noyaux se tassent quelquefois si étroitement que le tout ne forme plus qu'un seul noyau primitif. Cependant il reste à voir si le muscle pédieux ne forme pas la partie inférieure des noyaux des muscles antérieurs de la jambe, tandis que des muscles de la région plantaire et interosseuse seraient seuls innervés par le noyau post-postérolatéral. Même si cela est, la zone médullaire agissant sur le pied formerait encore un ensemble dont la notion est d'une grande importance.

Toutes ces données s'appliquent aussi bien à l'homme qu'aux autres mammifères.

Aux groupements musculaires fonctionnels et segmentaires répondent des groupements nucléaires concordants.

Au système musculaire différencié répond un système nerveux moteur non moins différencié.

Il est donc possible de décrire les noyaux médullaires de la moelle humaine d'après une topographie d'ensemble déjà fort précise. C'est ce que Bruce, van Gehuchten et de Neef, Parhon, de Buck et Onuf ont fait avec succès.

Une annexe au rapport donne une série de recherches personnelles et des expériences de contrôle, ainsi qu'un essai de topographie anatomique et fonctionnelle de la moelle humaine.

Tout récemment, M. le professeur Marinesco vient de publier un article du plus haut intérêt, où il confirme de nombreuses localisations musculaires, en y ajoutant de nouvelles pour le trapèze, le grand complexus, le splénius, le scalène, le long du cou, le rhomboïde, l'angulaire de l'omoplate, le brachial antérieur, le long supinateur, le couturier, le psoas, l'iliaque, le vaste interne du quadriceps, les moyen, petit et grand fessiers, le tenseur du fascia lata, le muscle pédieux [1].

1. — G. Marinesco : Recherches sur les localisations motrices spinales. *Semaine medicale*, 20 juillet 1904, p. 225.

Il est aisé de voir dans les figures que chacun de ces muscles possède un noyau nettement différencié, mais ne formant souvent qu'une partie d'un noyau fonctionnel plus ample.

Notons que, d'après l'auteur, le muscle pédieux doit être localisé dans le noyau du sciatique poplité externe et que, par conséquent, la théorie segmentaire de van Gehuchten ne se vérifie pas pour le pied.

Nous avons vu que ce fait n'est nullement en opposition cependant avec la description des zones de Brissaud. (Rapport, p. 97.)

Les nouvelles recherches de Marinesco sont une consécration de l'exactitude de la théorie de Brissaud. En effet, Marinesco nous apprend que « toutes les fois qu'un nerf périphérique fournit la motricité à plusieurs segments, ce nerf a autant de noyaux naturels qu'il y a de segments ». On voit par cette seule citation que, pour arriver à constituer au nerf une origine réelle de totalité, l'auteur se trouve conduit à puiser dans chaque groupement segmentaire une part de vérité.

Marinesco conteste quelques localisations admises, d'après lui, par Bruce. Mais je répète encore une fois que Bruce n'a donné que des localisations approximatives là où les éléments lui manquaient pour choisir. Et lui-même déjà dit que les noyaux des fessiers ne peuvent remonter aussi haut que cela résulte à première vue de ses recherches, parce que l'innervation des fessiers ne vient pas de cette hauteur. Marinesco ne lui apprend donc rien de neuf à cet égard. (Rapport, p. 109.)

Bruce (1901).	Marinesco (1904).
« The upper central group including L. 2, L. 3 and L. 4 remains therefore for the gluteus medius and minimus and obturator externus. With regard to the obturator externus, this localisation is in exact conformity with the known origin of its roots. With regard to the two remaining glutei, however, the roots assigned to these are stated to arise from L. 4, L. 5 and S. 1, wich, if correct, would require their centres to be placed rather in the lower antero-lateral than in the upper central group. » (P. 496.)	« Ces deux derniers muscles (moyen et petit fessiers) ne peuvent pas non plus avoir leur origine au niveau du quatrième segment lombaire, ni au niveau du troisième ; en réalité, leur centre apparaît seulement au niveau du quatrième segment lombaire, ou peut-être dans le cinquième dans le groupe antéro-externe. » (P. 229.)

Bruce se base sur deux cas d'amputation, Marinesco sur l'expérimentation chez le chien et le lapin et peut-être aussi sur des cas d'amputation.

En 1897, dans mon tout premier travail, me basant sur quatre cas d'amputation, dont trois étudiés par coupes sériées, j'avais écrit :

« A la partie supérieure de la 2me sacrée apparaît dans la partie antérieure des groupes latéraux une petite colonne de cellules qui s'élargit rapidement à la 1re sacrée et remonte jusqu'à la partie supérieure de la 5me lombaire. Dans tous nos cas, ce noyau est resté intact. Nous lui donnons pour fonction l'innervation des muscles fessiers. »

Il y a accord complet entre les faits consignés dans ces trois travaux.

Marinesco se rallie à l'opinion de Bruce pour contester l'exactitude de l'idée de Kaiser et Sano, d'après laquelle les groupes médians innerveraient les muscles du tube neural. En effet, il a trouvé la localisation du trapèze au bord externe de la corne antérieure et Bruce a trouvé dans les groupes médians, dans la moelle sacrée, le releveur de l'anus et des muscles du périnée.

L'expression de « muscles du tube neural » est de van Gehuchten. J'ai localisé dans la colonne médiane *(fig. 18 et 19* de l'annexe au Rapport) en 1897, les courts rotateurs de la tête, les sous-hyoïdiens, les extenseurs et les rotateurs de la colonne vertébrale. En dehors de ces noyaux, le diaphragme. A la moelle lombo-sacrée, les extenseurs et les rotateurs de la colonne vertébrale, l'ischio-coccygien et dans un noyau que je disais « analogue à celui du diaphragme », le releveur de l'anus ; et en dehors le sphincter vésical en avant et le sphincter anal en arrière. Les autres muscles du périnée étaient placés dans la corne latérale.

Et je plaçais le noyau du trapèze là où Marinesco vient de le démontrer aujourd'hui ! Je faisais erreur cependant en unissant en une même colonne le noyau du nerf accessoire et les noyaux sympathiques de la corne latérale. Je ferai remarquer que Kaiser dit textuellement dans ses conclusions : *a)* Le noyau des muscles du dos (Rückenmuskelkern) s'étend comme une colonne médiale sur toute la hauteur de la moelle. *b)* Le noyau de l'ac-

cessoire se trouve latéralement par rapport au précédent et s'étend depuis la moelle allongée jusqu'au 6me ou 7me segment. *c)* Le noyau du phrénique se trouve du 3me au 5me ou 6me segment entre les deux groupes précédents. En outre, des fibres du nerf phrénique sont fournies par les groupes médiaux postérieurs. (P. 78.)

Cela est rigoureusement exact, concorde avec les faits et est confirmé par les expériences si intéressantes de Marinesco et de Parhon, qui ont en outre démontré que le noyau de la XIe paire contient de dedans en dehors un noyau secondaire pour le sterno-mastoïdien, un autre pour le cleido-mastoïdien, un troisième externe pour le trapèze.

Marinesco étudie le noyau X d'Onuf, qu'il place chez le chien au niveau du 1er et du 2me segment sacré. Il l'a trouvé en chromolyse après section de la 2me racine sacrée[1]. Elle encadre une colonne externe formée de nids cellulaires. Cette dernière aurait pour fonction l'innervation des muscles du périnée. « Le noyau X serait, tout au moins en grande partie, le centre du *constricteur de l'anus,* tandis que l'*obturateur* et le *releveur de l'anus* auraient leur centre dans le groupe antéro-interne, au niveau du 1er et du 2me segment sacré chez le chien. »

En adoptant ce numérotage des racines, Marinesco sera porté à mettre le noyau X dans le 3me segment sacré chez l'homme, et sa figure 23 prouve qu'il admet dans le 2me segment sacré des noyaux que Onuf place dans le 1er. C'est d'ailleurs ce qu'il confirme dans les lignes suivantes, et je crois qu'il a raison :

« En ce qui concerne l'origine des muscles de la région plantaire, elle constitue une colonne nettement distincte qui s'étend depuis la partie supérieure du 2me segment sacré jusqu'à la partie supérieure du 4me *(fig. 23).*

» M. van Gehuchten et M. de Neef pensent, et je suis entièrement de leur avis, que la localisation des centres des muscles du pied dans les deux premiers segments sacrés, par la plupart des auteurs classiques, est due à une fausse numérotation des racines. Cette localisation doit être reportée à un segment médullaire inférieur. La même erreur a été commise récemment

1. — Au bas de la figure 24 *(Semaine médicale,* p. 229) on a mis par erreur onzième racine sacrée ; c'est *deuxième* qu'il faut lire.

par M. Müller, qui admet que les grandes cellules motrices des cornes antérieures disparaissent au niveau du 2me segment sacré. » (P. 228.)

Seulement, il faut remarquer qu'il y a déjà trois ans que van Gehuchten n'est plus d'accord avec nous, ce que Marinesco semble ignorer. (Rapport, p. 104.)

Dans son étude sur le cône terminal, van Gehuchten admet que le noyau du pied se termine approximativement au point de réunion du 2me segment sacré avec le 3me.

Avant de passer à la critique que Marinesco fait de mes recherches, je donnerai en résumé ses conclusions :

« Toutes les fois qu'un nerf périphérique fournit la motricité à plusieurs segments, ce nerf a autant de noyaux naturels qu'il y a de segments. » L'auteur cite comme exemple le crural, le grand sciatique, le sciatique poplité interne, le radial, le spinal. (P. 231.)

« Les muscles qui possèdent une fonction commune sont représentés par des groupes cellulaires qui, au point de vue anatomique, sont réunis dans une masse commune, dans laquelle l'expérimentation permet de déceler des centres en relation avec tel ou tel d'entre eux. Ces centres sont *superposés* et *juxtaposés* dans le même ordre que les muscles correspondants.

» Il existe donc dans la moelle une véritable projection musculaire commandée par les lois de la symétrie organique. » (P. 231.)

Voyons maintenant comment M. Marinesco tâche de me mettre en désaccord avec ces conclusions.

« L'opinion de M. Sano peut être plutôt considérée comme une généralisation basée sur quelques faits épars de pathologie nerveuse. Si l'auteur a voulu dire que chaque muscle a un centre dans la moelle épinière, je souscris très volontiers à cette opinion, qui est adoptée depuis bien longtemps par les physiologistes et constitue, pour ainsi dire, un postulatum physiologique. »

Et Marinesco s'en réfère à l'opinion de M. le Professeur Beaunis : « On peut admettre comme démontré que chaque muscle de chaque groupe musculaire a son centre moteur dans

la moelle. » « ... Un certain nombre d'expériences, pratiquées sur la grenouille, prouvent qu'il y a dans la moelle de cet animal décapité des centres associés, fonctionnellement reliés entre eux. » (P. 230.)

Je ferai remarquer que précisément dans mon premier travail je rapportais l'opinion professée par M. Beaunis à cette époque :

« Il semble plutôt qu'il y ait une sorte de diffusion nerveuse, de sorte qu'un muscle donné est en rapport avec une ou plusieurs cellules nerveuses de centres différents de la moelle et que, d'autre part, une cellule nerveuse fournit à plusieurs muscles. »

J'opposai à cette conception les faits de localisation musculaire.

En émettant quelques mois plus tard cette opinion que : *chaque muscle a son noyau d'innervation distinct,* j'ajoutais comme correctif des conclusions trop hâtives qu'on aurait été tenté d'en tirer : « De là on pourrait être tenté de conclure que les associations fonctionnelles, les groupements synergiques ne sont pas sous la dépendance des noyaux médullaires, comme le pensaient Remak et Ferrier, mais que la production des mouvements combinés est fonction de l'écorce cérébrale.

Ce serait, à notre avis, singulièrement préjuger des résultats des recherches futures et méconnaître les données de la physiologie, de la clinique, et même de l'anatomie pathologique......

....

Haller avait constaté que l'animal décapité est encore capable de produire des mouvements coordonnés. Il en avait conclu que la moelle doit avoir des fonctions autonomes.

L'expérience a été répétée sous toutes ses formes. Par des sections multiples on a démontré que la moelle cervicale, la moelle dorsale, la moelle lombaire peuvent présider à des actes complexes, tel que le vol, la respiration, la nage, l'accouplement. Ces faits cliniques priment les conclusions que l'on pourrait tirer des études unilatérales. » (P. 34, 1897-1898.)

M. Beaunis n'a sans doute abandonné l'opinion de la diffusion nerveuse que parce que les anatomistes lui ont fourni les preuves de la différenciation des centres nerveux. Et ce n'est pas depuis bien longtemps que les physiologistes se sont laissés convaincre.

J'en arrive maintenant au dilemne posé par Marinesco : « Que si M. Sano soutient que chaque muscle a un centre d'innerva-

tion propre dans la corne antérieure, il est d'accord avec les faits anatomiques et physiologiques. Au contraire, s'il prétend que tous les muscles innervés par la moelle épinière possèdent chacun un noyau distinct, bien délimité, dans la corne antérieure, alors il ne vise que la généralité des faits, parce que, pour un certain nombre de muscles, on ne saurait actuellement démontrer l'existence d'un noyau séparé. » (P. 230.)

Ce certain nombre de muscles pour lesquels on n'a pas encore trouvé de noyau, parce qu'on n'a pas encore eu le temps de le chercher, se restreint de jour en jour. On verra alors que « *centre* d'innervation musculaire » et « *noyau* d'innervation musculaire », sont deux expressions pour désigner la même chose.

Il est très important de fixer définitivement la valeur des termes employés par les divers auteurs. Les mots *segment* et *segmentaire*, par exemple, sont employés dans cinq ou six sens différents.

Le rapporteur propose d'adopter la terminologie suivante :

Métamère. — Toute portion de l'être encore fragmentaire possédant en soi l'ensemble des propriétés et attributions de l'être définitivement achevé.

Ou bien encore : les métamères sont les segments homodynames et originairement identiques entre eux, dont la série représente, à une certaine période, le corps entier de l'embryon.

Dans le métamère du corps humain les principales parties qui sont segmentées ou qui conservent les traces d'une segmentation sont les suivantes :

a) Les *neurotomes,* segments du tube neural ;
b) Les *ganglions,* segments de la crête ganglionnaire ;
c) Les *myotomes,* segments primordiaux, protovertèbres.

Mais à côté de ces divers éléments il faut tenir compte d'unités nouvelles qu'il ne faut pas confondre avec les précédentes. Ce sont :

d) Les *myomères,* c'est-à-dire les groupes de muscles dépendant de la portion motrice d'un même neurotome ;
e) Les *rhizomères,* ou territoires cutanés dépendant des ganglions ;

f) Les *myélomères,* ou territoires cutanés dépendant des segments spinaux nommés neurotones (d'après Constensoux).

On peut aussi définir le *métamère :* partie transformée par adaptation à des fonctions diverses, mais originairement résultant d'un segment primitif de l'embryon.

Segment. — Toute partie produite par segmentation (terme général).

Épimère. — (Partie surajoutée), bourgeon de la crête de Wolff, se surajoutant à des métamères et les entraînant au dehors en attirant également la moelle. Celle-ci, d'après la démonstration de Brissaud et van Gehuchten, reproduit par sa structure la segmentation subséquente du bourgeon épimérique.

Centre d'innervation. — Expression de physiologie, indiquant approximativement le point de départ de l'influx nerveux.

Groupe cellulaire. — Ensemble de cellules particulièrement visible dans l'examen des coupes de la moelle (groupe antéro-externe, etc.).

Noyau. — Groupement compact de cellules envisagé dans toute sa hauteur et sa largeur. Le noyau peut constituer l'origine motrice principale d'un nerf. Le noyau peut avoir pour fonction l'innervation motrice d'un muscle ou d'une masse musculaire. Il peut se subdiviser en *noyaux secondaires.*

Colonne. — Union de plusieurs noyaux superposés, formant un ensemble à situation particulièrement constante (par exemple, la colonne médiane, la colonne antéro-externe).

Zone. — Territoire d'innervation, comprenant des noyaux multiples et qui peut s'étendre sur plusieurs colonnes à une hauteur déterminée (par exemple : zone de la jambe, zone du bras).

En réponse aux trois questions indiquées au début du travail, le rapporteur conclut :

a) La localisation des fonctions motrices de la moelle épinière de l'homme répond à la différenciation morphologique et fonctionnelle du sytème musculaire. A chaque muscle strié correspond un noyau médullaire. A chaque groupement de muscles, un groupement de noyaux. A chaque segment de membre, une zone régulièrement disposée. Au membre tout entier correspond

l'ensemble des trois zones du bras, de l'avant-bras et de la main, ou de la cuisse, de la jambe et du pied. Tout comme les muscles striés, les muscles lisses ont leurs centres d'innervation localisés dans des noyaux à situation constante.

b) Nos connaissances, par rapport aux territoires nettement délimités, sont suffisantes pour pouvoir donner un aperçu topographique d'ensemble.

L'atlas de Bruce nous donne la description exacte des noyaux moteurs médullaires. Les documents d'anatomo-pathologie humaine ne sont pas encore assez nombreux pour pouvoir désigner, *avec certitude*, la fonction de chacun de ces noyaux.

c) Pour la moelle de l'homme il serait prématuré de dire plus que ce que nous avançons sous *a)*; mais pour le chien il apparaît clairement que les idées générales émises par Parhon, Brissaud et Marinesco sur la signification fonctionnelle, l'embryogénie et la téléologie des centres moteurs sont rigoureusement exactes.

M. le Président remercie M. Sano de son savant rapport.

M. GRASSET, *Professeur à l'Université de Montpellier.*

Les centres supranucléaires dans la moelle. — 1° Deux points importants sont très bien mis en lumière dans l'intéressant rapport de notre collègue Sano : *a)* la question des localisations médullaires motrices *chez l'homme* est encore incomplètement élucidée ; *b)* cependant il parait établi que les diverses théories proposées sont trop exclusives, qu'elles ne se contredisent entre elles qu'en tant que *théories* et qu'il faut garder les *faits* sur lesquels chacune d'elle s'appuie.

En somme, et d'après les faits, il y aurait dans la moelle trois types de centres (groupement de neurones) : *premier type* (van Gehuchten et Nellis, Brissaud) à distribution *segmentaire ;* centres dont l'altération se manifeste par des troubles occupant des zones, séparées les unes des autres par des lignes perpendiculaires à l'axe des membres ; — *deuxième type* (Dejerine) à distribution *radiculaire ;* centres dont l'altération se manifeste par des troubles occupant des zones, séparées les unes des autres par des lignes parallèles à l'axe des membres ; — *troisième type* (Sano) à distribution individuelle *musculaire.*

Ces divers centres ne sont nullement contradictoires les uns aux autres. Ce sont des centres *successifs* dans l'appareil nerveux sensitivo-moteur.

2° Pour bien comprendre la chose et voir que cette disposition est uniquement l'application d'une loi générale, il suffit de comparer les centres médullaires aux centres bulbaires et mésocéphaliques.

Le nerf oculomoteur commun, par exemple, est l'analogue d'une racine antérieure : son centre, dit origine du nerf, en est le centre radiculaire. Chaque muscle qu'il innerve (droit interne, droit supérieur, etc.) a son noyau distinct : centre individuel musculaire.

Au-dessus de ces deux ordres de centres, dans le mésocéphale, il y a ce que Parinaud a appelé les centres *supranucléaires*. Ici la distribution du trouble symptomatique est tout autre.

Quand un centre supranucléaire est altéré, ce n'est ni un oculomoteur commun, ni un oculomoteur externe qui est troublé : c'est, par exemple, le droit externe d'un côté et le droit interne de l'autre. L'altération d'un centre supranucléaire se manifeste par une paralysie (ou une convulsion) *associée*, bilatérale, du lévogyre par exemple ou du dextrogyre des deux yeux.

Ces centres supranucléaires sont donc à distribution segmentaire. Seulement, pour l'appareil de la vision, la ligne médiane qui sépare le corps en deux segments (un droit et un gauche) passe par le milieu de chacun des deux yeux. L'appareil sensorio-moteur de la vision est divisé ainsi en un segment droit, formé, non de l'œil droit, mais de la moitié droite des deux yeux, et un segment gauche, formé, non de l'œil gauche, mais de la moitié gauche des deux yeux. Ce qui m'a permis de dire que *chaque hémisphère voit et regarde du côté opposé, avec les deux yeux.*

Donc, pour les oculomoteurs, voilà trois ordres de centres superposés : le centre supranucléaire à distribution segmentaire (moitié latérale homonyme des deux yeux) ; le centre nucléaire à distribution radiculaire (oculomoteur commun) ; le centre à distribution musculaire (droit interne, droit supérieur, etc.).

3° De même, dans la moelle, il y a aussi des centres à distribution radiculaire et des centres à distribution segmentaire.

Ces derniers centres, que l'on peut appeler supranucléaires, par analogie avec ceux de Parinaud, sont, dans la moelle, l'aboutissant ou le point de départ des centres corticaux qui sont, eux aussi, des groupements de neurones à distribution segmentaire.

Le président du Congrès nous a brillamment montré Bordeu prévoyant et prophétisant cette grande vérité, il y a près de deux siècles : c'est le cerveau, c'est l'écorce qui fait l'unité anatomique d'un appareil nerveux, dont la raison d'être est l'unité physiologique ou de fonction (et ainsi nous retrouvons les diverses théories *fonctionnelles* exposées par notre collègue Sano). *Chaque appareil nerveux a son unité centrale dans l'écorce et son unité périphérique dans la fonction.*

Ainsi défini et caractérisé, l'appareil nerveux sensitivo-moteur est segmentaire, c'est-à-dire *articulo-moteur* et *segmento-sensitif.*

L'origine corticale des articulo-moteurs est démontrée par la distribution des hémiplégies cérébrales incomplètes dans les membres. Et, pour les yeux, l'existence, dans l'hémisphère, des oculogyres bilatéraux est démontrée par la déviation conjuguée de la tête et des yeux et par les hémiplégies oculaires sur lesquelles Brissaud est revenu il y a peu de jours.

Cet appareil nerveux sensitivo-moteur à distribution segmentaire, dont l'unité et l'individualité sont faites par l'unité de fonction, est formé de neurones supérieurs (corticaux) de perception ou de volition et de neurones inférieurs (médullaires ou mésocéphaliques) de réception ou d'émission (centres supranucléaires).

Au-dessous de cet appareil nerveux cortico-médullaire à distribution segmentaire sont d'autres groupements de neurones à distribution radiculaire (centres nucléaires et ganglionnaires), et enfin, au-dessous encore (pour la motilité), d'autres neurones à distribution individuelle, musculaire.

4° Cette vue d'ensemble des localisations motrices dans la moelle est, je le reconnais, surtout un cadre.

A l'anatomoclinique, et à elle seule, incombe la tâche, encore bien lourde, mais déjà brillamment commencée, de meubler ce cadre avec des faits précis qui fixeront peu à peu le siège exact de chacun de ces centres prévus.

M. PARHON, *Médecin à la Clinique des maladies nerveuses, Bucarest (Roumanie).*

En demandant la parole, je dois commencer par faire appel à votre indulgence. D'abord parce que je ne suis pas habitué aux difficultés de la langue française, puis parce que j'ai eu rarement l'occasion de parler devant une assemblée si savante.

En ce qui me concerne, je ne peux que souscrire aux conclusions générales du très intéressant rapport de M. Sano et je crois que l'accord est fait entre nous depuis longtemps. Le seul argument d'ordre expérimental que j'avais cru pouvoir opposer jadis à la possibilité de l'existence d'un centre propre pour chaque muscle du corps, qui consistait dans la présence de lésions dans des groupements antérieur et intermédiaire à la suite de la résection du grand complexus n'était pas fondé ainsi que mes recherches ultérieures me l'ont montré. Le groupement intermédiaire que j'avais cru un instant comme appartenant au grand complexus, appartient en réalité, ainsi que je l'ai vu depuis lors, au muscle splénius. Le groupement antérieur qui était aussi en réaction appartient seul, ainsi que M. Marinesco l'a montré tout récemment, au grand complexus. Cette dernière objection tombe donc et j'en suis heureux. La plupart des autres sont tombées depuis longtemps. Le fondement de celles qu'on apporte encore reste à prouver.

On peut actuellement diviser en deux parties les chercheurs qui se sont occupés de la question des localisations spinales. D'un côté la majorité admettant la possibilité de localisations précises. Il faut citer ici : MM. Sano, Brissaud, Gehuchten, Marinesco, de Buck, Nelis, de Neef, Bruce, Goldstein, M. et Mme Parhon. Entre ces différents auteurs, il n'existe que des différences de détail et de la conception générale qu'ils se font de la valeur des groupements cellulaires.

D'un autre côté, nous trouvons ceux qui n'admettent pas la possibilité des localisations précises. Ici nous citerons Knape, Fransini, Perusini. A ce propos, je dois dire que c'est à tort que MM. Brissaud et Bauer nous ont attribué à mon ami Goldstein et à moi-même d'avoir soutenu que la localisation des segments de membres est diffuse. C'est là une opinion qui ne nous appartient pas et je suis heureux de déclarer ici que nous ne sommes

pas si loin de ce que soutient M. Brissaud. Nous croyons par contre être parmi ceux qui ont contribué à la délimitation précise de la localisation des segments. Nous avons dit simplement que pour certains segments tels que le bras et la cuisse il existe plusieurs groupements cellulaires, mais ces groupements ne prennent pas part à l'innervation d'autres segments, ainsi qu'on peut parfaitement délimiter la part qui revient à chaque segment de membre.

Lapinsky, dans plusieurs de ses travaux, est arrivé à des conclusions encore plus éloignées de celles des partisans des localisations précises. Pour cet auteur, chaque groupement innerverait à la fois plusieurs segments, plusieurs muscles, donnerait les fibres à plusieurs nerfs. Respectivement chaque nerf, chaque muscle, chaque segment reçoit ses fibres de plusieurs groupements cellulaires. Certains d'entre eux innerveraient jusqu'à 40 muscles. Les segments de membres prendraient leur innervation de 7, 10 et même plusieurs groupements. Ces derniers auraient la valeur de centres pourvus de fonctions indépendantes. Mais dans chaque fonction n'entrerait en action qu'une seule partie d'un muscle donné et c'est seulement cette partie qui serait innervée par le centre de cette fonction. Ce sont là des conclusions basées sur des faits qui ne sont rien moins que démontrés et auxquelles je ne saurais souscrire en aucune façon.

Je crois également pouvoir dire que les localisations spinales se comportent de la même manière que celles des noyaux des nerfs crâniens. En effet, sans parler du noyau de la troisième paire dans lequel on connaît depuis assez longtemps l'existence des noyaux secondaires, du noyau du pathétique qui n'innerve qu'un seul muscle, le grand oblique, je rappellerai que MM. Marinesco et van Gehuchten sont arrivés à décomposer le noyau du facial en des groupements qui correspondent chacun à une branche déterminée et que j'ai fait avec mon ami Goldstein et plus tard avec Mme Parhon la même chose pour le noyau de l'hypoglosse dans lequel Kosaka et Yagita (de Yokohama) sont arrivés tout récemment à démontrer l'existence de véritables centres musculaires.

Prennent part à la discussion : MM. Cestan (de Toulouse), Brissaud (de Paris).

M. F. SANO *(d'Anvers)*. — Je suis très heureux d'apprendre que M. Cestan se range entièrement aux conclusions et à l'esprit de mon rapport. Sa compétence si grande dans l'examen minutieux des cas de poliomyélites est un sûr garant de la valeur de ses appréciations.

Je tiens à appuyer la démonstration décisive de Parhon et à le féliciter d'avoir bien mis en évidence qu'une lésion de la corne antérieure de la moelle doit nécessairement donner à la périphérie des paralysies en rapport direct avec les noyaux moteurs détruits. La topographie périphérique des lésions ne sera donc ni radiculaire, ni nerveuse, ni cérébrale, mais *spinale*. Une lésion de la racine donnera une topographie en rapport avec la constitution de cette racine, donc radiculaire. Une lésion d'un nerf donnera une topographie périphérique nerveuse, mais une lésion spinale donne une topographie spinale où se reconnaît la constitution de la moelle. C'est là un raisonnement qui paraît élémentaire. Mais que de difficultés pour faire admettre une chose aussi simple.

M. Brissaud met en doute l'exactitude des deux cas étudiés par M. Cestan. Dans le premier de ces cas, l'avant-bras était paralysé, sauf le seul muscle fléchisseur profond. Dans le second cas, la jambe était paralysée, sauf le muscle jambier antérieur. M. Brissaud s'étonne de cette intégrité si élective, il craint des erreurs, il se demande pourquoi la lésion n'a pas été nettement segmentaire.

Mais rappelons-nous que la poliomyélite est une maladie infectieuse ; c'est un territoire vasculaire qui est atteint. C'est une inflammation localisée à des régions irriguées en commun. Or, précisément, le noyau du muscle fléchisseur profond se trouve le plus bas et le plus central des muscles de la zone segmentaire de l'avant-bras et on comprend que ce noyau ait pu échapper à une inflammation qui a détruit tout le reste de la zone.

Quant au muscle jambier antérieur, son noyau occupe, d'une manière très isolée, le sommet de la zone de la jambe. Remak déjà avait remarqué que souvent il échappe aux affections qui frappent ce segment. Nous en connaissons maintenant la raison par la localisation que nous pouvons lui assigner dans la moelle. La poliomyélite a donc dans ce cas détruit la zone de la jambe,

en respectant toutefois la partie supérieure de cette zone, où se trouve le noyau du jambier antérieur.

La topographie périphérique dans ces deux cas n'était donc ni radiculaire, ni segmentaire ; elle était spinale comme la lésion qui en était cause.

On vient de parler de la topographie spinale sensitive. Mais je crois que c'est là tout autre chose, et provisoirement il est préférable d'étudier d'abord la localisation motrice en soi. On avait cru jadis que la peau était innervée par les racines qui innervent les muscles qui lui sont sous-jacents. Mais la suite a démontré toute l'étendue de cette erreur. La peau et les muscles correspondent à des systèmes embryologiquement si différents qu'il serait difficile, je pense, de faire actuellement des rapprochements.

Le terme de *myélotome* proposé par M. Brissaud peut être accepté pour désigner chacun des étages de la moelle adulte.

M. CABANNES, *de Bordeaux*, demande au rapporteur quelques explications complémentaires sur les localisations sympathiques médullaires du centre cilio-spinal et si l'on a pu déterminer ce dernier par la méthode de Nissl.

M. F. SANO, *d'Anvers*. — En ce qui concerne les noyaux moteurs du grand sympathique, et spécialement le noyau ciliospinal, Hœben a fait des recherches par la méthode de Gudden. Cet auteur place ce noyau dans la colonne médiane, surtout dans sa partie postérieure, du Vme au VIIme segment cervical chez le lapin. Hœben constata également que les groupes antérieurs et latéraux s'atrophient partiellement après l'ablation du ganglion sympathique supérieur du cou.

Ces recherches ont été reprises par Huet, au moyen de la méthode de Nissl, et les faits établis par Hœben ont été confirmés.

Dans la suite, comme je l'indique dans mon rapport, Onuf et Collins ont fait des recherches méthodiques en réséquant des branches splanchniques et des rameaux communicants et Laignel-Lavastine a fait les mêmes expériences. Tous ces auteurs sont d'accord pour placer les noyaux médullaires du grand sympathique sur la ligne transversale séparant la corne

antérieure de la corne postérieure et allant du canal central à la corne latérale (tractus intermédio-latéral).

J'ai fait remarquer, dès le premier travail de Huet, qu'une grave objection peut être faite à ces expériences. En effet, en sectionnant les rameaux communicants, on ne produit pas seulement des actions à distance dues à l'altération des neurones sympathiques, mais ce qui vient vicier les résultats, on *trouble la circulation médullaire,* et par suite on observe dans la plupart de ces expériences une atrophie de la corne antérieure dans sa totalité. C'est ainsi que dans les expériences de Huet et de Hœben les conséquences de l'opération pouvaient se poursuivre jusque dans le bulbe et même plus haut.

Et cela n'est pas étonnant. Car, quand on supprime l'innervation de l'artère vertébrale par la résection du ganglion cervical, on produit des troubles de nutrition cellulaire. Or, L. de Moor a démontré, comme d'autres auteurs d'ailleurs, que l'ischémie médullaire suffit pour déterminer la chromatolyse.

Je voudrais donc que dans ces expériences on fît, d'une manière plus précise, la part qui revient à chacun des facteurs qui influencent les résultats.

Malheureusement jusqu'ici il n'a pas été possible de retrouver dans la moelle la localisation des noyaux des sphincters après la simple résection de ceux-ci. Et M. Parhon, après l'ablation du sphincter vésical chez l'homme, n'a pu retrouver de chromatolyse dans la moelle.

Je concède donc volontiers qu'il est peut-être un peu prématuré de parler d'une manière trop affirmative des noyaux moteurs du grand sympathique dans la moelle épinière.

M. BRISSAUD, *de Paris.* — L'ingénieuse schématisation de M. Grasset, qui convient très bien aux centres des muscles moteurs de l'œil, est difficilement applicable à la moelle : la chiasmatisation optique complique en effet la question.

D'ailleurs, sur cette question des localisations des centres moteurs dans la moelle, nous sommes un peu esclaves des mots. Nous parlons de *noyaux* et, nécessairement, nous nous représentons des noyaux arrondis, bien limités, comme ceux du pneumo-gastrique. Il n'en est rien, puisque les noyaux de la moelle affectent les formes les plus variées ; ce peuvent être des

fuseaux, des aiguilles. En tous cas, les noyaux dont nous parlons sont purement *schématiques,* et le schéma destiné à les représenter est, et doit rester, un *schéma.* Chacun des groupements schématiques ainsi figurés correspond à un groupe musculaire déterminé, par exemple : fléchisseurs, extenseurs. Toute schématique que soit cette conception, elle est cependant appelée à rendre des services.

M. F. SANO, *d'Anvers.* — M. le professeur Grasset, dans son importante étude, répond à des considérations physiologiques et cliniques qui sont certes du plus haut intérêt. Il est incontestable qu'il y a des associations fonctionnelles telles que l'anatomie des noyaux moteurs que nous connaissons jusqu'ici ne permet pas encore d'expliquer et pour la représentation desquelles il est presque indispensable de supposer des centres coordinateurs que l'on peut schématiser en les nommant *centres supranucléaires.*

Cependant, je ne vois pas encore fort bien où l'on pourrait anatomiquement les placer.

Mais M. le professeur Grasset nous dit que ce sont ces centres qui déterminent la topographie segmentaire, que c'est à eux que revient le rôle de l'action segmentaire et que leur lésion produit une répercussion périphérique segmentaire.

Je dois faire observer que c'est une nouvelle confusion introduite dans une terminologie déjà surchargée. Le noyau segmentaire que propose M. Grasset est tout autre chose que le noyau segmentaire de van Gehuchten et Nelis, de de Neef et de Brissaud et Bauer. Tous ces auteurs entendent par *noyau segmentaire,* ou *zone segmentaire,* l'ensemble des cellules qui agissent sur un segment de membre. Et nous savons que les noyaux des muscles et des masses musculaires sont disposés de telle sorte que l'on peut réellement considérer en un seul groupement, sans enclaves, les parties de la corne antérieure qui agissent sur un segment de membre.

Le noyau segmentaire de van Gehuchten et Nelis contient tous les muscles d'un segment de membre, quel que soit le nombre de ces muscles, quelle que soit leur fonction physiologique, « abstraction faite, disent-ils, de la valeur physiologique de ces muscles ».

Il n'y a là rien de supranucléaire. Cette distinction doit être immédiatement indiquée.

Je puis admettre le terme de myélotome proposé par M. le professeur Brissaud pour indiquer un étage médullaire. Il s'agira dorénavant de se mettre d'accord sur la délimitation du myélotome. Lorsque l'origine réelle de deux racines médullaires motrices est séparée par un certain espace libre, je pense qu'il faudra délimiter les deux myélotomes sur le milieu de cet espace. Il serait imprudent d'agir autrement, parce qu'aucune autre règle ne pourrait se justifier par des considérations suffisamment stables. Si l'on fait attention à l'obliquité des racines, il faudra varier de nombreuses fois la délimitation, d'après le myélotome envisagé et d'après les impressions personnelles. Si l'on se guide sur les racines sensitives pour délimiter les parties motrices, on risque de faire d'autres erreurs. Si l'on prend pour point de repère l'émergence de la racine à la dure-mère, on fait abstraction, surtout à la partie lombo-sacrée, des plexus intraduraux qui sont un premier enchevêtrement après la sortie de la moelle.

M. Brissaud nous propose de faire un schéma où ne seraient indiqués que très sommairement les noyaux d'après les masses musculaires de flexion et les masses d'extension pour chaque segment. Ce schéma est certainement à faire et peut rendre de grands services. J'ai essayé de faire un schéma simplifié en indiquant les masses musculaires dorsales et les masses ventrales qui s'étendent sur le bourgeon primitif. Mais cette schématisation reste à faire d'une manière attentive.

M. Ballet, *de Paris,* communique la note suivante :

Note sur quelques Centres sympathiques de la Moelle épinière, par M. LAIGNEL-LAVASTINE.

(Travail du Laboratoire de M. Gilbert Ballet, *à l'Hôtel-Dieu.)*

Les localisations médullaires étant à l'ordre du jour du Congrès, nous avons cru intéressant de rapporter brièvement les faits que nous avons observés à la suite de l'ablation, chez le chien, du sympathique thoracique.

I. D'expériences, poursuivies au Collège de France et à la Salpêtrière en 1901 et 1902, nous avons cru pouvoir conclure que :

1° *Les racines postérieures contiennent des fibres sympathiques afférentes dont le centre trophique se trouve dans les ganglions ou les plexus sympathiques ;*

2° *La base de la corne antérieure et la corne latérale contiennent des cellules sympathiques ;*

3° *La plupart de ces cellules, d'après la fréquence et les caractères de leurs altérations, paraissent être le centre trophique de fibres sympathiques afférentes* [1].

Une récente observation de MM. Lannois et Porot[2] vient à l'appui de cette manière de voir.

II. Depuis, nous avons fait de nouvelles recherches. Voici, traitées par la méthode de Nissl, des coupes de la moelle d'un chien à qui nous avons enlevé la chaîne sympathique thoracique gauche du 3me au 10me communicant dorsal et que nous avons sacrifié 20 jours après l'opération.

Les lésions sont maxima dans la partie supérieure de la moelle dorsale. Nous n'en avons pas vu au-dessous de D^{VII} ni au-dessus de C^{VII}.

Dans D^{III}, la corne latérale gauche ne fait plus de saillie *(Fig. I)*. Elle ne contient plus que trois cellules en voie de destruction, en chromotolyse, caryolyse et neuronophagie *(Fig. III)*, tandis que la corne latérale droite contient douze cellules normales *(Fig. II)*.

Dans D^{V}, on compte, pour dix cellules normales dans la corne latérale droite, seulement cinq cellules, et cinq cellules altérées, *(hyperchromie, chromotolyse, caryolyse* et *neuronophagie)*, dans la corne latérale gauche qui fait à peine saillie.

Même aspect dans D^{VII}.

Dans C^{VIII}, la corne antérieure gauche, beaucoup moins volumineuse que la droite, est comme affaissée sur sa base. Ce qui reste de la corne latérale contient, par coupe, à gauche seulement quatre cellules en *hyperchromie* pour dix cellules normales à droite *(Fig. IV)*.

1. — Laignel-Lavastine : *Recherches sur le Plexus Solaire*. Th. de Paris, 1903, pp. 74-75 et 383-391.

Congrès de Madrid, section de Neurologie, 1903.

Archives générales de Médecine, 1903.

2. — Lannois et Parot : *Congrès de Bruxelles*, Neurologie, 1903, t. II, p. 388.

A la partie externe de la base des cornes antérieures existe un petit noyau de cellules *fusiformes* semblables aux cellules de la corne latérale. Ce noyau, à gauche, ne contient, par coupe,

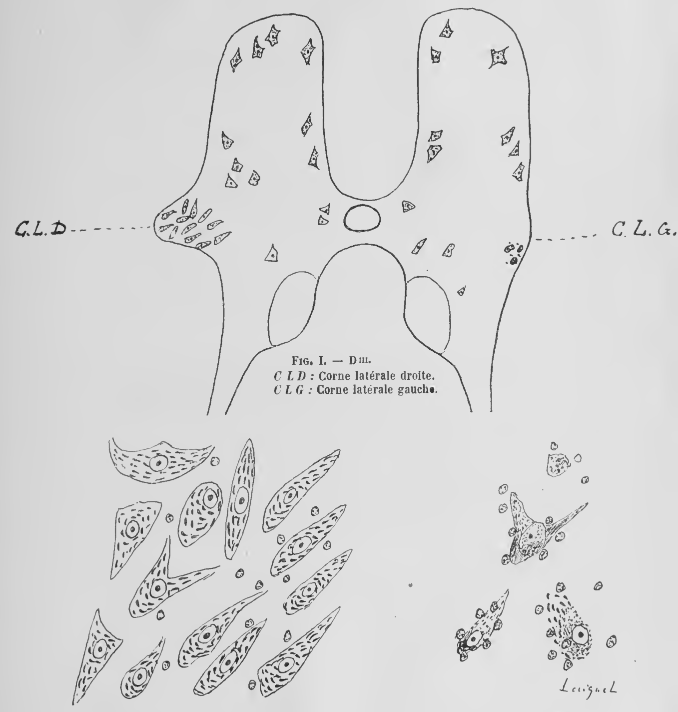


Fig. I. — D III.
C L D : Corne latérale droite.
C L G : Corne latérale gauche.

Fig. II. — Corne latérale droite de D III.

Fig. III. — Corne latérale gauche de D III.

que trois cellules et elles sont presque complètement détruites, en neuronophagie intense *(Fig. VI)*. Le noyau *homologue* droit contient, au contraire, 10 cellules qui sont normales *(Fig. V)*.

De chaque côté, en dedans de ce noyau, s'en trouve un autre formé de cellules étoilées. Ces cellules sont normales. Nous le

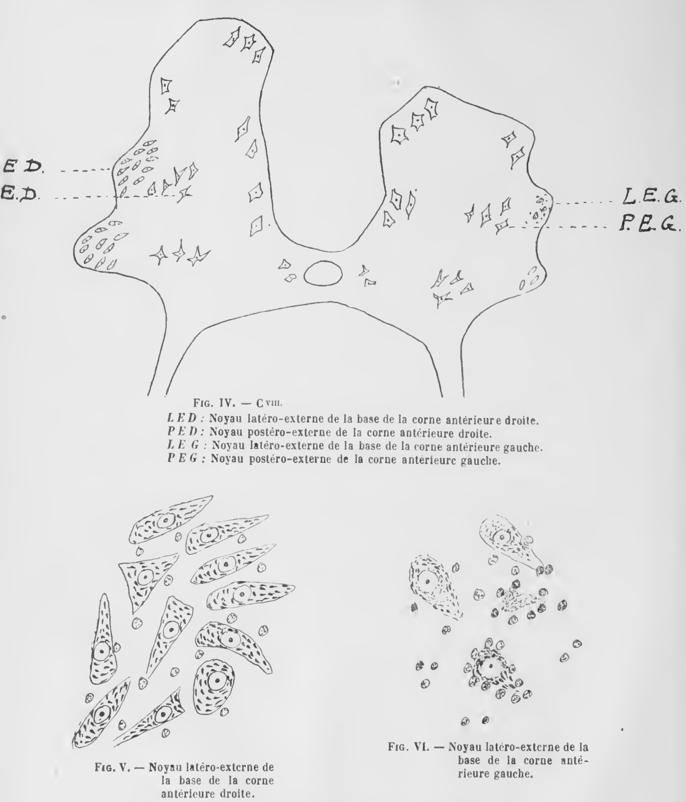


Fig. IV. — C VIII.
L E D : Noyau latéro-externe de la base de la corne antérieure droite.
P E D : Noyau postéro-externe de la corne antérieure droite.
L E G : Noyau latéro-externe de la base de la corne antérieure gauche.
P E G : Noyau postéro-externe de la corne antérieure gauche.

Fig. V. — Noyau latéro-externe de la base de la corne antérieure droite.

Fig. VI. — Noyau latéro-externe de la base de la corne antérieure gauche.

considérons comme le noyau postéro-externe de la corne antérieure, et nous voyons dans le noyau malade que nous avons

décrit le prolongement dans la moelle cervicale de la corne latérale de la moelle dorsale.

III. *En conclusion :*

1° *Des neurones de la chaîne sympathique thoracique ont leurs centres trophiques dans la corne latérale de la moelle dorsale et dans un noyau latéro-externe de la base de la corne antérieure de la moelle cervicale inférieure ;*

2° *Ce noyau latéro-externe de la base de la corne antérieure de la moelle cervicale est distinct du noyau postéro-externe de la corne antérieure.*

Ces conclusions, dans leur première proposition, sont confirmatives des recherches d'Onuf et Collins, Arthur Biedl, Lannois et Parot.

Dans leur deuxième proposition, elles sont confirmatives de l'opinion de Waldeyer[1], qui soutient que les cellules du système de la corne latérale existent sur toute la hauteur de la moelle et ne se confondent jamais avec les cellules du groupe postéro-externe de la corne antérieure de la moelle cervicale, mais elles sont contraires aux idées de Schwalbe, Quain, Scharpey, Erb, Obersteiner et Gegenbaur[2].

M. E. BRISSAUD, *Professeur à la Faculté de Médecine,* et M. A. BAUER, *Interne à l'Hôpital Andral.*

A propos des modifications de la moelle consécutives aux amputations de membres chez le têtard. — Dans le cours de recherches expérimentales que nous poursuivons sur le têtard, nous avons eu l'occasion d'étudier les modifications qui se produisent au niveau de la moelle à la suite des amputations de pattes. L'an dernier, au Congrès de Madrid, nous nous sommes attachés surtout à l'étude des localisations de ces altérations médullaires.

Nous voudrions aujourd'hui vous exposer brièvement les divers états anatomiques que nous avons observés dans la moelle des têtards amputés, états qui varient suivant la présence ou l'absence de régénération du segment amputé.

1. — In-Poirier : Anatomie, III, 1er fasc., p. 205.
2. — In-Th. Ziehen : Centralnervensystem, 1899. Iena., t. I, p. 196.

Lors de notre communication au Congrès de Madrid nous avons déjà fait remarquer qu'il est nécessaire de tenir grand compte de ces régénérations, et pour établir notre schéma des localisations nous ne nous étions appuyés que sur l'examen des moelles de têtards sans régénération.

Il n'est pas douteux, quand on compare la moelle de deux têtards de même âge amputés le même jour, de la jambe par exemple, l'un des têtards n'ayant rien régénéré, l'autre régénérant ou ayant régénéré, qu'une différence manifeste existe entre l'état de ces deux renflements lombaires. Les lésions sont beaucoup plus accentuées et plus nettement délimitées chez le têtard qui ne régénère pas *(fig. 1)* que chez le têtard qui régénère *(fig. 2, 3, 4)*.

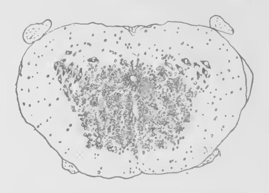


Fig. 1. — Amputation de jambe gauche. 40 jours sans régénération (X^e racine).

D'autre part, que l'on prenne des têtards de même âge et amputés des mêmes segments, têtards dont la patte régénère le segment amputé; qu'on examine la moelle des uns 20 jours après l'amputation; celle des autres 30 ou 35 jours après l'opération, et que les derniers soient examinés lorsque la régénération est aussi parfaite que possible, on se rendra compte alors du travail anatomique qui se produit dans la région de la moelle correspondant au segment amputé.

Voici un dessin *(fig. 2)*, fait à la chambre claire, représentant une coupe de moelle au niveau de l'origine de la Xe racine, chez un têtard dont l'amputation de jambe date de 20 jours. Les modifications dans la moitié de la moelle correspondant au côté amputé sont fort apparentes : diminution globale, altérations grossières des grandes cellules motrices de la corne ventrale, particulièrement dans les régions externe et postéro-externe.

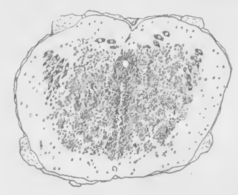


Fig. 2. — (20 jours après amputation. X^e racine).

Voici le dessin *(fig. 3)* correspondant chez un têtard dont l'amputation de la jambe date de 35 jours. Les altérations du renflement lombaire sont encore nettes, mais elles sont déjà moins accentuées.



Fig. 3. — (35 jours après amputation. X° racine).

Voici enfin le dessin *(fig. 4)* d'une coupe de la moelle d'un têtard dont l'amputation date de 50 jours. Ici la patte régénérée valait la patte non amputée. La différence entre les deux moitiés du renflement lombaire est minime.

Ces têtards, de même origine et sensiblement de même âge, vivaient dans le même aquarium et se trouvaient donc dans les mêmes conditions.

Ils paraissaient en bon état de santé lorsqu'ils ont été fixés tous trois dans le mélange de Zenker et colorés suivant la méthode de Nissl.

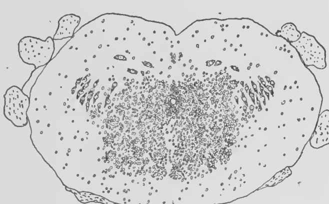


Fig. 4. — (50 jours après amputation. X° racine). Réparation progressive des altérations de la moelle après amputation de la jambe gauche et régénération du segment amputé.

Si l'on compare ces moelles prises 20, 35 jours, etc., après une amputation de jambe, à celles qui proviennent de larves ayant subi successivement deux ou trois amputations de jambe et sacrifiées 20, 35 jours, etc., après la dernière opération, on constate que le nombre d'amputations influe, mais influe peu sur l'état actuel de la moelle.

Le travail anatomique en cours est peu modifié : la différence entre les deux moitiés de la moelle tend à diminuer ; les cellules altérées semblent moins nombreuses. Ces modifications sont moins marquées que chez les têtards qui n'ont subi qu'une seule amputation, et n'ont rien régénéré. Un autre fait qui, au premier

abord, paraît un peu paradoxal, mérite d'être signalé : les cellules saines sont en général plus belles et plus volumineuses chez les têtards qui ont été amputés deux ou trois fois que chez ceux qui n'ont été amputés qu'une seule fois. L'explication est, croyons-nous, la suivante : chez les têtards réamputés, d'une part on a affaire à des animaux un peu plus âgés et, d'autre part, en raison d'ailleurs de leur développement, les segments épargnés du membre amputé ont eu une activité fonctionnelle plus grande et plus prolongée que les mêmes segments de têtards amputés une seule fois.

En dehors de ces remarques que nous avons faites sur un grand nombre de préparations, quelques points particuliers doivent encore fixer l'attention.

Nous vous présentons un dessin *(fig. 5 et 6)* figurant une coupe de moelle lombaire de grenouille qui, amputée de la jambe à l'état de têtard, avait en 50 jours parfaitement régénéré le segment amputé. Sur cette coupe on distingue aisément dans la corne ventrale de la substance grise, correspondant au côté amputé, un afflux de petites cellules rondes vivement colorées. On trouve ces éléments sur une certaine hauteur de la corne ventrale, depuis l'extrémité inférieure du noyau latéral des grosses cellules motrices jusque vers la Xe racine, par conséquent dans le territoire médullaire qui correspond au segment amputé. En plusieurs endroits on se rend compte que ces petits éléments sont surtout confluents

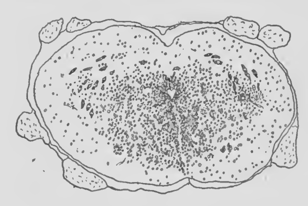


Fig. 5. — 50 jours après amputation.

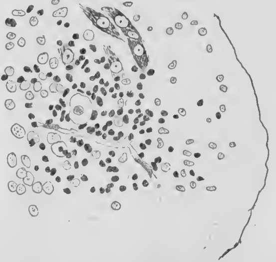


Fig. 6. — Région postéro-externe du groupe des cellules motrices de la moitié gauche de la moelle *(fig. 5)*.

autour de grosses cellules très altérées. D'autre part, il existe une semblable réaction cellulaire dans l'autre corne ventrale; mais là elle est moins intense.

S'agit-il d'une vraie myélite, infectieuse par exemple, localisée aux cornes ventrales de la partie inférieure du renflement lombaire? Nous trouvons-nous en présence de macrophages nombreux qui ont envahi les cornes ventrales pour en faire disparaître les éléments qui ont simplement dégénéré à la suite de l'amputation ?

Cette façon de voir nous paraît la plus vraisemblable, car le têtard en question était en parfaite santé lorsqu'il a été sacrifié ; il ne présentait aucun trouble moteur appréciable dans les membres postérieurs; il comptait parmi les plus beaux sujets en expérience. De plus, ce cas n'est pas isolé; nous avons observé dans plusieurs autres moelles une réaction analogue *(fig. 7)*, mais de moindre intensité et plus localisée, qui siégeait toujours dans la zone correspondant au segment amputé. On est donc en droit de penser qu'au moment de l'examen anatomique de ces différents têtards un processus de neuronophagie, plus ou moins actif suivant les sujets, contribuait à la réparation des altérations médullaires causées par les amputations.

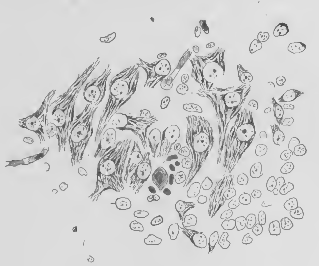


Fig. 7. — Quelques neuronophages groupés autour d'une cellule motrice dégénérée.

Mais alors n'est-il pas nécessaire d'admettre que des modifications cellulaires se produisent dans la moelle même du côté opposé à celui de l'amputation ? C'est un fait que nous avions déjà soupçonné antérieurement. La présence d'une neuronophagie bilatérale viendrait légitimer cette hypothèse.

Ainsi l'étude des altérations médullaires consécutives aux amputations chez le têtard nous montre une grande différence entre le processus qui répare la moelle et celui qui restaure le membre amputé.

Au niveau des membres l'aptitude régénératrice est très puissante chez un grand nombre de nos têtards que l'on voit régénérer d'une manière parfaite jambe et pied; dans la moelle, elle est certainement très atténuée. Et cependant on sait que le système nerveux des têtards peut être doué à certains moments d'une aptitude formatrice inouïe, puisqu'on a vu ces animaux restaurer des fragments entiers d'encéphale. Dans ces cas, il est vrai, il s'agissait de traumatismes portant directement sur le système nerveux. Peut-être enfin cette aptitude régénératrice s'épuise-t-elle avec l'âge plus rapidement dans le système nerveux que dans les membres?

En tout cas, dans la moelle de nos têtards ses manifestations sont plus lentes et plus imparfaites que dans les membres. Même dans les cas les plus heureux la restauration médullaire reste quelque peu défectueuse. On n'assiste pas à un retour *ad integrum* comme au niveau du membre amputé susceptible de reprendre forme et structure normales. Alors même que la patte a complètement régénéré dans la zone de la moelle correspondant au segment amputé, un certain nombre de cellules sont encore en voie de disparition (sans doute par l'intermédiaire des macrophages dont nous parlions ci-dessus); d'autres cellules restent plus petites et d'autres enfin s'hypertrophient. Jamais en cette zone nous n'avons remarqué de figures de cariocinèse.

Nous croirions volontiers que quelques cellules nerveuses simples, voisines du groupe des grandes cellules motrices, sont capables de remplacer certaines cellules disparues et, s'adaptant à de nouvelles fonctions, peuvent prendre la constitution des grandes cellules motrices.

Et quand on observe l'absence de régénération du membre amputé en même temps que l'absence de réparation des altérations médullaires, cela tient au fait que les animaux sur lesquels on a expérimenté étaient entrés dans leur période de vie latente.

CONCLUSIONS

1° Quand on compare la moelle de deux têtards de même âge ayant subi le même jour la même amputation, l'un des têtards n'ayant pas régénéré, l'autre régénérant ou ayant régénéré, on

constate l'existence d'une différence manifeste entre les deux renflements lombaires. Les lésions sont beaucoup plus accentuées et plus nettement délimitées chez le têtard qui ne régénère pas que chez le têtard qui régénère ;

2° L'examen du renflement lombaire de têtards qui, amputés des mêmes segments et en voie de régénération, ont été fixés un temps plus ou moins long après l'opération, permet d'observer la réparation progressive des lésions médullaires causées par l'amputation ;

3° Les amputations de régénérations influent, mais influent peu sur l'état de la moelle ; elles n'arrêtent guère la réparation des altérations déterminées par la première amputation. Le nombre de ces réamputations n'a aussi que fort peu d'importance à cet égard ;

4° Cette restauration des lésions de la moelle n'est jamais parfaite. Il ne s'agit pas ici comme au niveau des membres d'une vraie régénération. Les cellules qui ont été très vivement lésées tendent à disparaître grâce à l'intervention de macrophages ; il semble que ces cellules sont remplacées par des cellules nerveuses simples, voisines du groupe des grandes cellules motrices qui s'adaptent à de nouvelles fonctions. On n'observe pas en cette région de figures de cariocinèse.

M. G. MARINESCO, *Professeur à la Faculté de Médecine de Bucharest.*

Essai de localisations dans les ganglions sensitifs. Il est utile, je pense, avant d'entrer dans la description de notre sujet, de donner un court résumé de la morphologie des cellules des ganglions spinaux du chien, animal qui a servi de base à mes expériences. Au point de vue de la substance chromatique j'admets, avec Lugaro, les cinq types cellulaires suivants : 1° cellules claires, de gros volume, dont la substance chromatique est disposée sous forme de granulations, leur noyau est volumineux et entouré d'une zone claire ; 2° cellules claires, grosses et moyennes, dont les corpuscules chromatophiles sont irréguliers et le noyau tel que dans le type précédent ; 3° cellules obscures, petites, ayant de petites granulations chromatophiles, un peu plus volumineuses autour du noyau, la substance fondamentale et le noyau sont colorés d'une manière diffuse ; le

noyau contient deux ou plusieurs nucléoles ; 4° cellules claires de volume moyen et petit, à corpuscules chromatophiles volumineux, mais peu nombreux ayant un noyau clair, entouré d'une auréole ; 5° cellules claires, volumineuses avec des éléments chromatophiles, oblongs et disposés d'une manière concentrique.

L'étude de la substance achromatique à l'aide de la méthode préconisée par Flemming et Lugaro, m'a permis d'admettre autrefois trois types : dans un premier type, il s'agit surtout de grosses cellules dont la substance achromatique organisée constitue un réseau à mailles assez larges, délimitées par des trabécules minces ou de calibre moyen. La substance chromatique s'y présente habituellement sous forme de corpuscules polygonaux.

Un deuxième type est représenté par des cellules de petit volume, les trabécules achromatiques forment un réseau dense, à mailles serrées et à points nodaux très nombreux. La cellule, dans ce cas, affecte un aspect foncé et correspondant à l'état que Nissl avait désigné sous le nom de chromophilie. Il est certain que cet état ne dépend pas, ainsi que l'avait pensé Nissl, tout au moins dans la majorité des cas, d'un artifice de préparation. Les éléments chromatophiles sont de petit volume.

Enfin, dans le troisième type, la substance achromatique organisée se présente nettement sous forme de fibrilles épaisses qui constituent un véritable feutrage, ou sont ondulés en forme de tourbillons.

Les éléments chromatophiles sont oblongs, ovoïdes ou fusiformes. C'est le type qui peut servir pour montrer la structure fibrillaire de la substance achromatique.

Je pourrais considérer au point de vue de la substance achromatique un quatrième type représenté par les cellules claires, moyennes et petites, à gros corpuscules chromatophiles. Dans ces cellules, la substance fondamentale est incolore tandis que les neuro-fibrilles constituent un réseau à mailles très larges et dont les travées sont assez épaisses. Les espèces cellulaires que nous venons de décrire représentent non seulement des types morphologiques, mais aussi des types fonctionnels en rapport avec l'innervation sensitive des différents tissus. J'ajoute qu'au point de vue topographique, ces espèces cellulaires ne se réunissent pas ensemble pour constituer des groupes isolés les

uns des autres ; mais elles s'entremêlent. Il en résulte qu'elles sont disséminées dans toute la masse du ganglion.

Les petites cellules obscures constituent assez souvent des nids entourés des autres espèces cellulaires et la conclusion qui s'en dégage c'est qu'il n'existe pas dans les ganglions des régions où l'on puisse trouver une seule espèce de cellules. Chez l'embryon, les cellules sont disposées en traînées ou bien en lobules séparés par le tissu interstitiel.

La manière dont se comportent les différentes espèces cellulaires après les résections nerveuses, prouvent le bien fondé de mon assertion, à savoir : que nous avons affaire à des types morphologiques et fonctionnels. En effet, ce sont les petites cellules obscures qui offrent une réaction précoce, car on les trouve déjà altérées vingt-quatre heures après la résection. Les cellules claires et moyennes à gros corpuscules ne subissent pas de modifications après les sections nerveuses. Lugaro, qui a fait cette constatation pour la première fois, admet toutefois que quelques-unes d'entr'elles réagissent. Cela est possible en effet, mais leur nombre est très restreint. La section de la racine postérieure au-dessus du ganglion ne produit pas non plus de lésions dans ces cellules. On peut en inférer que la grande majorité de cette espèce cellulaire n'envoient leur cylindraxe ni dans les racines postérieures, ni à la périphérie, il se perd dans le ganglion même. Pour me rendre compte si, par hasard, ces cellules envoient leur cylindraxe dans le système sympathique, j'ai fait arracher le sympathique cervical et j'ai examiné la série des ganglions spinaux cervicaux. Je n'ai pas trouvé davantage de lésions apparentes dans les cellules en question. Ainsi qu'on le voit, la signification physiologique des cellules claires à gros corpuscules est tout à fait obscure. J'arrive à présent aux cellules à corpuscules fusiformes concentriques ou bien à fibrilles concentriques, desquelles j'ai fait un type spécial dans un travail publié dans la *Presse Médicale* (" Nouvelles recherches sur la structure fine de la cellule nerveuse ", 16 juin 1897). Cox a vu pour la première fois que ces cellules qui constituent son deuxième type réagissent plus tard que les cellules de son premier type et l'aspect de la lésion est différent. Il a vu que les éléments chromatophiles de ces cellules se ramassent d'une manière caractéristique autour du noyau après

la section de leur cylindraxe. La réaction de ces cellules d'après l'auteur hollandais se prolonge longtemps, car il en a trouvé d'altérées une année après la section des nerfs périphériques. Cox est disposé d'admettre que les cellules de son deuxième ne seraient autre chose que les cellules découvertes par Dogief, dont les prolongements se ramifient autour de celles du premier type et dont le cylindraxe n'est pas touché par la section du nerf. J'ai pu constater comme Cox, comme Flemming et Lugaro que les cellules à couches concentriques suivent la manière indiquée par ces auteurs, mais non pas si tardivement comme l'avait soutenu Cox. Tandis que presque toutes les cellules des autres types réagissent après les sections nerveuses suivant le mode des lésions secondaires, c'est-à-dire qu'elles offrent une chromatolyse périnucléaire, les cellules à couche concentrique réagissent plus tardivement, leur chromatolyse est périphérique et leur réaction est relativement tardive. Je ne m'associe pas aux explications de Cox en ce qui concerne la réaction tardive de ce type cellulaire, et pas davantage à celle de Lugaro, pour son mode de réaction.

Ainsi qu'on l'a vu, Cox pense que la réaction tardive des cellules claires avec éléments chromatophiles oblongs s'expliquerait par le fait qu'elles n'envoient pas de cylindraxe à la périphérie, et ce n'est que d'une façon indirecte, par l'intermédiaire du neurone qui possède une branche périphérique, que ces cellules sont altérées. Si vraiment l'opinion de Cox était prouvée, nous aurions là un fait d'une grande importance, qui démontrerait qu'une lésion peut se transmettre d'un neurone à l'autre dans le sens centripète et dans un temps extrêmement court. Or, l'opinion de Cox est erronée. Une expérience très démonstrative à ce point de vue le prouve. Si on fait la résection d'un nerf sensitif tel que le safène externe ou interne chez le lapin, on constate déjà après cinq jours une réaction qui intéresse tout particulièrement les cellules à couches concentriques. En outre, il y a quelques petites cellules obscures en réaction. Il est donc impossible d'invoquer dans ce cas la transmission de la réaction du premier au deuxième type, parce que dans notre cas spécial la lésion est prédominante dans les cellules à couches concentriques. Le mode particulier de réaction des cellules à couches concentriques a conduit Lugaro à for-

muler l'opinion que la distinction entre la chromatolyse centrale comme critérium de lésion secondaire et la chromatolyse périphérique comme critérium de lésion primitive, n'est pas tout à fait fondée parce que les cellules cortiqueuses, comme cet auteur les appelle, réagissent après les sections nerveuses suivant le mode de lésions primitives. J'aurai à répondre à M. Lugaro, que dans la très grande majorité des faits, la distinction que j'ai établie entre les lésions primitives et secondaires a été démontrée comme légitime. Aujourd'hui je puis ajouter davantage encore : c'est que la cause de réaction spéciale des cellules après les sections nerveuses se trouve dans les rapports intimes qui existent entre le réseau intra-cellulaire et l'origine du cylindraxe. La méthode récente de Cajal, de même que l'hématoxyline de Delafield, montrent avec la dernière évidence dans la plupart des cellules nerveuses, que le cylindraxe prend son origine dans une partie du centre de la cellule, là précisément où apparaît la chromatolyse consécutive aux sections nerveuses. Dans les cellules à couches concentriques les fibrilles du cylindraxe se continuent avec les fibrilles périphériques et la chromatolyse ainsi qu'on l'a vu apparait tout d'abord à leur périphérie, ainsi que Flemming, Cox, Lugaro et moi-même l'avons observé.

Nous avons vu que la résection d'un nerf sensitif produit de la réaction, tout au moins chez le lapin dans les cellules à couches concentriques et dans quelques petites cellules obscures. Il est donc naturel de conclure que les cellules cortiqueuses et certaines cellules obscures sont en rapport avec l'innervation sensitive de la peau. Si, au contraire, on enlève un muscle, ce ne sont pas les cellules cortiqueuses qui réagissent, mais les grosses claires et les petites cellules obscures. Donc une autre conclusion logique qui ressort de nos expériences, c'est que les grosses cellules claires affectent des rapports avec l'innervation sensitive des muscles. Si on pratique la désarticulation d'un segment de membre, la réaction est très étendue dans les ganglions correspondants, mais elle n'intéresse pas cependant les cellules claires, moyennes ou petites, à gros corpuscules.

Il est difficile d'enlever une portion d'os ou bien d'enlever les extrémités articulaires sans blesser les nerfs sensitifs des autres tissus ; mais, étant donné que toutes les grosses et moyennes cellules claires, excepté bien entendu celles à gros corpuscules

réagissent après la désarticulation d'un segment de membre, on peut conclure que les surfaces articulaires et les os sont en rapport avec certaines cellules claires. Quelle est la fonction des petites cellules obscures ? Qu'il me soit tout d'abord permis d'établir que le nombre de ces dernières est plus considérable que celui des autres espèces cellulaires. Elles ne sont pas isolées, ainsi qu'on l'a vu, mais réunies entr'elles en groupes séparés par les autres espèces cellulaires. Il est probable que ces cellules se trouvent en relation avec l'innervation sensitive des vaisseaux. En effet, qu'on coupe un nerf sensitif ou bien un nerf mixte, etc., on trouvera toujours un nombre plus ou moins grand de petites cellules obscures en réaction, ce qui serait facile à expliquer dans l'hypothèse que je viens de formuler.

Les lésions que détermine la résection des nerfs dans les ganglions spinaux varient avec l'origine et le volume de ces nerfs ; celle du sciatique dans le bassin produit des lésions dans les ganglions, VIe, VIIe lombaires et dans le 1er sacré, la lésion plus intense dans le 1er ganglion sacré que dans les VIIe et VIe lombaires. La résection du crural dans le bassin détermine des lésions dans les IIIe, IVe, V^e et VIe lombaires, mais la lésion est plus étendue dans le Ve ; elle n'intéresse que peu de cellules dans le VIe. Nous trouvons la raison de cette prédominance de lésion dans le Ve lombaire, dans le fait que l'innervation sensitive du quadriceps est représentée dans le Ve ganglion lombaire. La résection du nerf obturateur également dans le bassin produit de la réaction dans le IVe et V^e ganglions lombaires ; la participation du VIe lombaire est douteuse, aussi bien pour l'obturateur comme pour le crural.

La résection du sciatique poplité externe donne des lésions, principalement dans le VIe lombaire ; le VIIe présente aussi des lésions, mais elles sont moins étendues. Le sciatique poplité interne réséqué, détermine la réaction cellulaire dans les VIe, VIIe lombaires et dans le 1er sacré.

Les gros nerfs sensitifs, comme les nerfs mixtes produisent également des altérations dans trois ganglions spinaux, mais les nerfs moins volumineux, soit mixtes, soit sensitifs ne produisent des lésions que dans deux ganglions, ou même dans un seul.

C'est ainsi que le nerf honteux, réséqué, ne donne des lésions

que dans les Ier et IIe ganglions sacrés, tandis que le nerf dorsal du pénis, n'est en rapport qu'avec quelques cellules disséminées dans le IIe ganglion sacré. L'ablation des muscles est suivie d'une réaction diffuse dans les grosses cellules claires, le nombre des ganglions altérés et des cellules malades varie avec le volume du muscle.

Les grands muscles sont représentés dans au moins deux ou trois ganglions spinaux, les petits muscles dans un seul ; le muscle long du cou, comme le droit antérieur de la tête, peuvent être représentés dans quatre ganglions. Je vais citer quelques exemples de localisations des muscles dans les ganglions. Les muscles de la face postérieure de la cuisse et notamment le biceps sont représentés dans les VIe et VIIe ganglions lombaires. Le nombre des cellules qui réagissent est assez grand, mais moins considérable cependant qu'après la résection du sciatique en dehors du bassin. Les fléchisseurs des doigts du train postérieur, de même que les jumeaux sont également représentés dans les VIe et VIIe ganglions spinaux par un nombre de cellules plus restreint que celui que détermine l'ablation des muscles de la face postérieure de la cuisse ; de même, les cellules qui représentent les jumeaux sont plus nombreuses que celles représentant les fléchisseurs. Le couturier est représenté dans les IVe et Ve ganglions lombaires, la masse réunie du fessier dans les VIe et VIIe ganglions lombaires. Je pourrais multiplier les exemples, mais c'est inutile. Je puis donc conclure que, d'une manière générale, ainsi que Mayer l'avait admis en 1885, que la peau et les muscles sous-jacents reçoivent leur innervation de la même racine mixte ; malgré que Sherrington ait soutenu qu'il y a beaucoup d'exceptions à cette règle. M. Brissaud, de son côté, a soutenu qu'un segment de la moelle reste en relation avec le segment cutané de même numéro.

L'ablation des petits muscles bulbo-caverneux et ischio-caverneux produit des lésions dans le IIe ganglion sacré. Cette réaction, indubitable, montre que les neurones sensitifs sont beaucoup plus vulnérables que les neurones moteurs. En effet, malgré des tentatives répétées pour déterminer le noyau des petits muscles tel que le releveur de l'anus, obturateur interne, bulbo et ischio-caverneux dans la corne antérieure, je ne suis pas encore parvenu à le faire ; les cellules radiculaires ne

réagissent pas avec la même facilité que les cellules des ganglions. Du reste, la réaction est aussi plus précoce dans les secondes que dans les premières.

L'origine des nerfs sensitifs dans plusieurs ganglions nous explique d'une part les réflexes localisés et la diffusion de ces réflexes suivant l'intensité de l'excitation. En effet, un petit nerf sensitif a son origine dans un seul ganglion, dont le réflexe sera localisé au segment correspondant, mais s'il s'agit d'une excitation plus forte, elle va se propager dans plusieurs segments parce que les collatérales réflexes des racines postérieures d'un segment donné se distribuent à plusieurs segments. En résumé, la section d'un nerf sensitif cutané, ou bien sensitif des muscles, ne produit pas des lésions dans les mêmes espèces cellulaires. D'autre part, les cellules en réaction sont disséminées. Si on enlève un muscle, les cellules qui réagissent sont également disséminées ; mais les cellules de la même région : peau, muscles et os se réunissent pour constituer un tout correspondant à une région donnée. Il semblerait donc que les localisations sensitives ganglionaires sont totales ou pour mieux dire régionales. Les neurones sensitifs des tissus de la même région se réunissent pour former un ensemble qui correspond à cette région.

3 AOUT

Le matin, visite de l'Asile St-Luc. Déjeuner offert aux Congressistes par le Conseil Général des Basses-Pyrénées.

(Voir les détails aux Comptes-rendus de la deuxième partie du Volume II.)

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

(3 HEURES)

Sur les Pelouses de l'Asile St-Luc.

Présidence de M. le Dr NOGUÈS (de Toulouse), Vice-Président.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. DOUTREBENTE, *Médecin-Directeur,* et M. L. MARCHAND, *Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de Blois.*

Deux cas de délire aigu traités avec succès par les bains frais. — Le délire aigu tue trois fois sur quatre (Marcé); il nous a paru intéressant de rapporter les deux cas suivants de délire aigu terminés par la guérison pour lesquels nous avons employé un traitement identique à celui de la fièvre typhoïde.

Nous avons été déterminés à user de ce mode de traitement à la suite de la constatation chez nos deux malades de troubles physiques rappelant en tous points ceux de la fièvre typhoïde. Seule, la courbe de la température différait, par son irrégularité, de celle de la dothiénentérie.

Depuis que le délire aigu est considéré comme étant de nature toxi-infectieuse, son traitement par les bains frais a été préconisé. M. Letulle [1], MM. Antheaume et Sainton [2] ont aussi obtenu dans l'alcoolisme aigu, maladie qui a beaucoup de points communs avec le délire aigu, des résultats favorables par la balnéation froide. Nous pensons que dans nos deux cas les succès thérapeutiques obtenus sont dus, non seulement aux bains frais donnés en grand nombre dans les vingt-quatre heures, pendant la période aiguë, mais également aux purgatifs répétés et au régime lacté. Voici les deux observations :

Observation I. — R..., âgée de 48 ans, vigneronne, entre à l'Asile de Blois le 13 mai 1904.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident à 74 ans ; mère morte de vieillesse à 78 ans. Les grands parents maternels et paternels étaient robustes et sont morts de vieillesse. Une tante maternelle s'est suicidée ; elle était atteinte de cancer gastrique et les douleurs violentes qu'elle ressentait l'ont déterminée au suicide. Une cousine maternelle fut aliénée et soignée à l'asile de Blois. La malade a un frère bien portant.

Antécédents personnels. — R..., n'a jamais eu de maladie grave, elle a toujours été d'une santé parfaite. Dans son jeune âge elle pleurait souvent sans motif. Pas de syphilis. Elle a un enfant de 20 ans, bien portant. R... a toujours été bien réglée.

Dix jours avant son entrée à l'Asile, R... fut prise de crises d'excitation et de délire. Venant de faire un héritage, elle s'est figurée que cet héritage ne lui était pas dû et qu'elle avait frustré son frère d'un bien qui lui appartenait. Les crises d'excitation avaient lieu jour et nuit ; R... criait, gesticulait, s'arrachait les cheveux ; ces crises duraient environ une heure et étaient suivies d'une période de dépression plus ou moins longue. Après une crise, la malade est restée deux heures sans bouger et parler. Quelques jours avant son entrée à l'Asile, R... a fait une tentative de suicide, elle a voulu se jeter dans un puits.

A son arrivée à l'Asile, R... est très agitée. La face est congestionnée. Les conjonctives sont jaunes, les yeux sont caves, les narines sont pulvérulentes, les lèvres sont couvertes d'un enduit noirâtre, la langue est sèche et rôtie. Les cheveux sont épars. On observe des contusions multiples sur les membres supérieurs occasionnées par les mains des robustes paysans qui ont dû la contenir au lit pendant plusieurs jours.

1. — M. Letulle : *Bains froids dans le délirium tremens.* (" Presse Médicale ", 5 Juillet 1899.)

2. — A. Antheaume et P. Sainton. — *Sur le traitement du délire toxi-infectieux (délirium tremens avec fièvre) par les bains froids,* 1899.

Pas de lésions cardiaques ; le pouls est précipité et fuyant (100 pulsations à la minute). Rien du côté de l'appareil respiratoire.

Inappétence absolue; constipation opiniâtre. Le foie est gros et douloureux à la pression.

Pas d'albumine, pas de sucre dans les urines ; celles-ci sont très troubles.

Pas de troubles objectifs des sensibilités générales et spéciales. Céphalalgie violente.

Légère inégalité pupillaire au profit de la pupille droite. Les réflexes à la lumière et à l'accommodation sont normaux.

Réflexes patellaires très exagérés des deux côtés. Pas de signe de Babinski. Léger tremblement de la langue et des doigts.

Pas de troubles du langage.

La température du corps (température axillaire) est de 38°.

Examen psychique. — Au moment où nous approchons la malade, celle-ci est très agitée ; elle crie, cherche à donner des coups de pieds pendant qu'on l'examine, elle veut se lever sans cesse. Par moment, elle grimace, fait claquer sa langue, respire bruyamment; les paupières clignotent. Pendent cette période d'excitation, il est impossible d'arracher une réponse à la malade.

Interrogée pendant un moment de calme, on constate que R... a conservé la mémoire. Elle donne sans hésitation tous les renseignements relatifs à son état civil ; mais elle ne peut dire où elle est et comment on l'a amenée à l'Asile. Elle se trouve malade, elle est « dans une grande faiblesse », dit-elle. Elle se plaint de cauchemars ; elle voit des personnes qui veulent la tuer ; elle croit que la maison va s'écrouler. Elle a des hallucinations de l'ouïe. Les voix viennent toujours d'en haut. Elles lui disent qu'elle a volé son héritage, que c'est uue injustice ; elle est une femme misérable...., etc. Au milieu de l'interrogatoire, R... ferme les yeux, reste sans mouvements ; il est dès lors impossible de la faire parler ; elle reste plusieurs heures dans cet état.

Le traitement institué est le suivant : régime lacté absolu. Sulfate de soude, 30 grammes. Trois bains tièdes d'un quart d'heure à 33° dans les 24 heures, l'état du pouls ne permettant pas de les donner à une température plus basse. Après chaque bain la malade est enveloppée dans une couverture de laine.

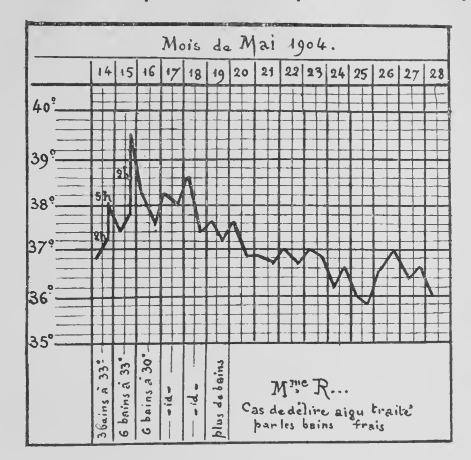
15 Mai. — L'état de la malade est toujours très inquiétant. L'agitation est extrême; la langue est rôtie, la malade n'a pas dormi de la nuit. Elle a gâté plusieurs fois.

La température est de 37°4 le matin et de 39°4 le soir.

On donne six bains tièdes de 20 minutes à 30° pendant les 24 heures. La température du bain est de 25° au moment où la malade en est retirée.

16 Mai. — Le pouls est mieux frappé, la température est de 38°2, le matin. La langue est légèrement humide. L'inégalité pupillaire est disparue. Plus de céphalalgie. Six bains de 20 minutes à 30° sont encore donnés. La malade prend un lavement purgatif.

17 Mai. — Les symptômes physiques sont moins alarmants. La langue est humide, la malade avale plus facilement. Les narines ne sont plus pulvérulentes. Les conjonctives sont moins jaunes et le foie n'est plus



douloureux à la pression. Les urines sont claires. La température reste encore au-dessus de 38° matin et soir. La malade a des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Le délire mélancolique persiste encore. Elle est toujours obsédée par l'idée qu'elle n'a pas droit à son héritage. Dans ses crises d'excitation, elle crie sans cesse : « C'est faux, le notaire, je l'ai tué. » La malade a dormi quelques heures la nuit précédente. Le traitement par les bains tièdes au nombre de six par jour est continué; après chaque bain, la malade est calme et souvent même elle a quelques heures de sommeil.

18 Mai. — La température est encore le matin 38°6, mais les symptômes physiques sont de moins en moins accusés. La langue se dépouille. La nuit a été bonne. Les crises d'excitation sont de moins en moins nombreuses.

19 Mai. — La température est descendue à 37°2. La malade est calme mais elle entend toujours des voix. Le sommeil n'est plus entrecoupé de cauchemars. Les hallucinations de la vue ont disparu. Les bains froids sont supprimés. La malade est enveloppée tous les matins pendant 20 minutes dans un drap humide et une couverture de laine.

Dans la suite, les troubles psychiques finissent aussi par disparaître.

Les hallucinations de l'ouïe sont les plus tenaces, la malade ne peut dire ce qui s'est passé pendant toute sa période de fièvre. L'amnésie est complète. Elle ne peut dire comment elle a été amenée à l'Asile ; comment elle a été soignée. Desquamation furfuracée de la peau.

Le 15 juin la malade est en pleine convalescence et, le 25 juin, elle sort de l'Asile complètement guérie ; mais elle ignore son transport à l'Asile et n'a pas conservé le moindre souvenir de sa maladie pendant la période aiguë.

Observation II. — H. E...., voyageur de commerce, âgé de 38 ans, entre à l'Asile de Blois le 15 mai 1904.

Antécédents héréditaires. — Père mort de fièvre cérébrale (délire aigu ?) à l'âge de 32 ans. La mère eut une mauvaise conduite et était syphilitique. Il nous fût impossible de savoir si elle avait été contaminée avant la naissance de H. E....

Antécédents personnels. — H. E.... n'a jamais eu de maladies graves. Il a deux enfants qui sont bien portants. Il n'a jamais fait d'excès alcooliques et n'a jamais eu la syphilis. Il y a sept ans, première crise de neurasthénie ; il était obsédé par l'idée qu'il était albuminurique et il faisait faire l'analyse de ses urines à chaque instant. Pendant plusieurs années l'obsession disparut ; elle reparut il y a trois ans et avec une intensité chaque jour croissante.

Un mois avant son entrée à l'Asile, il fut soigné dans une maison de santé pour nerveux. C'est alors qu'il présenta une crise d'excitation avec de vagues idées de persécution, hallucinations de la vue et de l'ouïe, qui nécessita son internement à l'Asile de Blois.

A son entrée, H. E...., est dans un état d'excitation extrême. Maintenu au lit, il cherche sans cesse à se lever. Le faciès est pâle, les lèvres sont décolorées ; les conjonctives sont jaunâtres. Contusions multiples sur le corps. Comme signes physiques de dégénérescence, on relève des oreilles mal ourlées et de l'asymétrie faciale.

Pas de troubles cardiaques. Le pouls est bien frappé mais précipité (96 pulsations à la minute).

Rien du côté de l'appareil respiratoire.

La langue est sale et rôtie, la salive épaisse, l'haleine est fétide. Inappétence absolue. Constipation. Le volume du foie paraît normal.

Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines.

Température axillaire : 39° 4.

Les sensibilités spéciales et la sensibilité générale paraissent conservées des deux côtés du corps. Céphalalgie frontale.

Pas de paralysie ; pas de troubles de l'équilibre ; le corps tout entier est animé d'un tremblement à grosses oscillations.

Les réflexes patellaires sont exagérés des deux côtés ; pas de réflexes de Babinski.

Pas de troubles objectifs de la vue. Les pupilles sont égales. Les réflexes à la lumière et à l'accommodation se font bien.

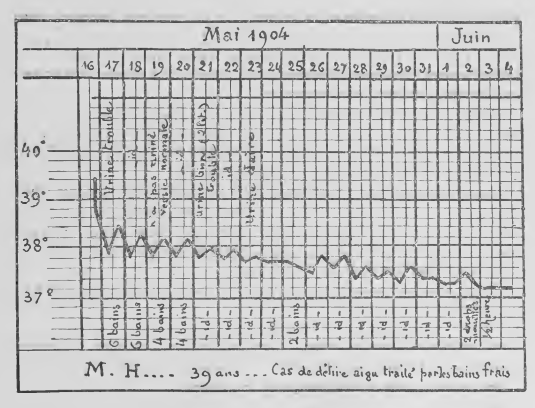
Pas de troubles de l'audition verbale, de la vision verbale. Léger bégaiement ; la voix est tremblée.

Examen psychique. — H. E.... paraît en état de rêve ; les paroles qu'il prononce en dehors de l'interrogation sont incohérentes. Il faut le presser de questions pour obtenir une réponse. La mémoire est assez bien conservée, mais il existe de la confusion dans les idées.

H. E.... donne les principaux renseignements relatifs à son état civil ; il a deux enfants mais il ne sait plus leur âge ; il croit que l'un d'eux a six ans. L'autre enfant serait mort aujourd'hui et il n'en éprouve aucun chagrin. Il sait qu'il est dans une maison de santé et se reconnaît malade.

Les hallucinations de la vue sont vives et fréquentes. H. E.... voit des fourches, des drapeaux, des ombres. Les hallucinations de l'ouïe sont moins accusées. Pas d'idées de persécution, pas d'idées de grandeurs. Idées mélancoliques et hypocondriaques.

Le traitement institué est le suivant : Régime lacté absolu. Sulfate de soude de 30 grammes, 4 bains tièdes à 30° dans les 24 heures.



M. H.... 39 ans ... Cas de délire aigu traité par les bains frais

16 Mai. — H. E.... a été agité toute la journée et une partie de la nuit ; il prétend que ce sont « les calculs et le spiritse » qui l'empêchent de dormir. Les paroles sont sans suite. Les idées de suicide sont apparues. H. E.... demande un couteau, un revolver. La température est descendue à 38° 8. Quatre bains tièdes sont donnés dans les 24 heures.

17 Mai. — H. E.... est toujours très agité ; il essaye d'avaler tout ce qu'il trouve et de se cogner la tête. Il demande à mourir. La température est de 38° le matin et de 38° 4 le soir. Le pouls est bien frappé et rapide. On ordonne un lavement purgatif en plus des bains tièdes.

18 Mai. — Pendant la nuit le malade a été calme. Les troubles physiques sont encore très accusés ; H. E.... est toujours difficile à maintenir au lit ; il prend son lait avec difficulté. Mêmes idées de suicide. On lui fait suivre le même traitement que la veille. La température est de 37° 9 le matin et de 38° 2 le soir.

19 Mai. — H. E.... prononce des mots sans suite parmi lesquels ceux de « Charlotte, couteau, revolver, faux témoignage » reviennent sans cesse. Les hallucinations de l'ouïe semblent prédominer sur les hallucinations de la vue. Les maux de tête sont moins violents. La température oscille entre 37° 8 et 38° 1 ; le pouls est normal. La langue est légèrement humide sur les bords. Même traitement par les bains tièdes.

20 Mai. — Même état mental. La parole est plus facile. La température oscille autour de 38° jusqu'au 22 mai. Les bains sont continués. Les symptômes physiques s'améliorent chaque jour. Les hallucinations de l'ouïe et de la vue persistent encore. Le malade ne comprend rien à tout ce qu'il voit ou entend. Il demande à voir sa famille ou son patron pour s'expliquer. Il fait une tentative de suicide. Étant au bain il essaye de se noyer dans la baignoire.

23 Mai. — Les symptômes physiques ont disparu. La température oscille autour de 37° 5. Le malade prend chaque jour deux œufs et son lait. On ne lui donne plus que deux bains par jour.

Dans la suite l'état mental s'améliore mais les hallucinations de la vue et de l'ouïe persistent encore.

1er Juin. — La température est normale mais H. E.... présente des idées mélancoliques de culpabilité qui persistent dans la suite. Il entend des voix qui lui disent qu'il est condamné à mort ; qu'il doit être jugé en France et en Prusse. Il faut qu'il aille régler ses comptes avec son patron.

L'anxiété est continue. Il reste des heures la tête entre les mains. Les idées de suicide ont disparu.

M. Ernest DUPRÉ, *Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux de Paris.*

Le Puérilisme démentiel sénile.

> . . . .
> Oh ! comme les vieux airs qu'on chantait à douze ans
> Frappent droit dans le cœur aux heures de souffrance,
> . . . .
> Comme ils savent rouvrir les fleurs des temps passés
> Et nous ensevelir, eux qui nous ont bercés !
>
> A. de Musset : *(Rolla)*.

J'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion d'étudier en détail un état psychopathique spécial, que j'ai proposé de dénommer *Puérilisme,* et qui, semblant indiquer une sorte de régression de la mentalité vers l'enfance, est caractérisé par une modi-

fication singulière des sentiments, des goûts, des tendances, des appétits, du langage, des gestes, etc., modification telle que le sujet semble transformé, pour un temps plus ou moins long, en un petit enfant. Cette altération de la personnalité, dont nous ignorons d'ailleurs complètement le mécanisme pathogénique, peut s'observer dans les états pathologiques les plus différents : affections organiques de l'encéphale, intoxications, hystérie [1].

Le syndrome avait déjà été signalé par les anciens auteurs, chez lesquels on retrouve notés des faits cliniques absolument semblables à ceux dont j'ai entrepris l'étude détaillée.

Ces observations historiques[2] sont intéressantes à rapprocher des observations modernes, parce qu'on peut ainsi se convaincre de l'identité absolue des documents relatés, avec autant de précision que de sincérité par les anciens auteurs, et des faits qui s'offrent aujourd'hui à l'étude des cliniciens. Par ce rapprochement s'affirme la permanence des faits et s'éclaire la continuité des lois de la psychologie normale et morbide.

Le témoignage des anciens auteurs et l'observation clinique s'accordent donc pour démontrer l'existence, parmi les innombrables formes des altérations de la personnalité, d'un syndrome spécial, qui mérite d'être individualisé en lui-même sous le terme de *puérilisme,* et d'être étudié dans son évolution, ses variétés et ses rapports avec les affections au cours desquelles il apparaît. Un de mes élèves, M. Soullard, vient de tenter ce travail dans une thèse qui résume l'état de la question [3].

La multiplicité et la disparité des causes occasionnelles du puérilisme sont telles qu'on ne peut guère saisir le lien commun qui rattache entre eux des moments étiologiques si différents.

1. — Ernest Dupré : *Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles* (1903). Observations de puérilisme mental, en collaboration avec P. Garnier, P. Camus, A. Devaux. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* 1901. *Revue neurologique,* 1903. *Presse médicale,* 1902.

2. — Histoire admirable et véritable des choses advenues à l'endroit de Jeanne Féry, religieuse professe du couvent des Sœurs Minimes de la ville de Mons (Hainaut), âgée de 25 ans, possédée du maling esprit et depuis délivrée (1584). Collection Bourneville, 1886, p. 25. Curé de Montgeron. Cité par Calmeil *(De la folie,* 1845, t. II, p. 390). *La vérité des miracles,* 1737, t. II, p. 88. Jules Voisin : *Un cas de grande hystérie chez l'homme, avec dédoublement de la personnalité* (Archives de neurologie, 1885). Pitres : *Des attaques de délire amnésique. Leçons sur l'hystérie,* 1891.

3. — R. Soullard : *Le puérilisme mental. Contribution à l'étude des altérations de la personnalité* (Thèse, Paris, 1904).

L'observation des faits permet cependant de distinguer deux grandes catégories d'observations. Dans une première série de faits, le syndrome, ordinairement suscité par une cause aiguë ou subaiguë (choc moral, intoxication, surmenage, etc.) apparaît brusquement, dure peu et s'évanouit après une évolution passagère ; dans une seconde série d'observations, le syndrome se dessine en une évolution lente, progressive et plus ou moins durable, sans étiologie occasionnelle saisissable, dans le tableau clinique des démences organiques. Ces deux séries de cas permettent de distinguer un puérilisme aigu et un puérilisme chronique.

A cette dernière classe correspondent les nombreux cas de puérilisme chronique qu'offre à l'observation des aliénistes, dans les Asiles, la population des déments et surtout des démentes. J'ai déjà cité plusieurs observations de puérilisme démentiel, survenu au cours d'encéphalopathies organiques par abcès ou tumeurs. Je rapporte ici un cas, aussi résumé que possible, de puérilisme chronique, lié à la démence sénile [1].

Il s'agit d'une femme de 80 ans, démente sénile depuis plusieurs années, gâteuse depuis six mois, qui, après un ictus suivi d'hémiparésie gauche transitoire, présenta brusquement le syndrome le plus net du puérilisme mental. Elle se mit à affecter les manières, le ton et le langage d'une petite fille, demanda des poupées et se comporta, pendant plusieurs mois, comme une enfant.

Je n'ai observé cette vieille démente que dans la dernière période des manifestations du syndrome ; c'est à ce moment que j'ai prié M. Bessin de fixer avec son crayon l'aspect de la malade. L'artiste, qui a déjà donné au monde médical tant de preuves de son talent, m'a livré de son modèle un portrait si exact et si vivant, que je le considère comme l'étude la plus pittoresque et la plus démonstrative du puérilisme démentiel sénile. Je remercie mon ami M. Meige de l'avoir jugée digne de figurer dans cette *Iconographie de la Salpêtrière*, où l'observation clinique trouve dans le document plastique la vérité et l'animation de la vie.

1. — J'adresse ici mes plus vifs remerciements au professeur Brissaud pour l'amabilité avec laquelle il m'a signalé l'intérêt et abandonné l'observation de cette malade, que j'ai étudiée dans son service de l'Hôtel-Dieu.

On aperçoit, sur ce croquis, outre les signes de la décrépitude sénile et l'expression mimique de la démence, les marques de l'hémiparésie gauche et le reflet, sur le visage, de la satisfaction béate qu'éveillent chez la vieille démente la vue et le maniement de sa poupée.



Les progrès assez rapides de la démence diminuèrent de plus en plus, chez la malade, les manifestations de l'activité psychique, si bien que s'effacèrent chez elle progressivement les traits du tableau clinique. Aujourd'hui, la malade, absolument démente, est incapable de répondre à aucune question, et joue automatiquement avec ce qui reste de ses poupées. Mais, pendant quelques semaines, dans la période qui suivit l'ictus, on vit cette octogénaire manifester les allures, les goûts et le langage d'une petite fillette, dont elle avait adopté également l'intona-

tion et la mimique, et mériter ainsi par sa conduite et la justesse de ses jeux, le surnom de la *vieille aux poupées*. Les vieilles aux poupées ne sont pas exceptionnelles dans les Asiles d'aliénés et les hospices de vieillards, et, à l'occasion de ma communication au Congrès de Bruxelles, le Dr A. Marie insistait sur la fréquence et l'intérêt de cette modalité clinique de la démence sénile.

J'ai insisté ailleurs[1] sur les différents aspects que confère au tableau clinique des démences en général, la combinaison, dans le processus démentiel, d'un puérilisme et des diverses modalités pathologiques du ton affectif, avec les états d'excitation et de dépression, ou avec cette altération particulière de l'humeur, désignée sous les termes de morio, de witzelmeht ou d'euphorie joviale.

Le diagnostic du puérilisme démentiel sénile s'impose par le caractère même des manifestations du syndrome. On dit communément des déments séniles qu'ils retournent à l'état d'enfance. Mais entre le *retour à l'enfance des vieillards* affaiblis et le *puérilisme sénile* n'existe qu'une analogie de mots. Le dément sénile ne ressemble, en effet, aucunement à l'enfant ; il lui est seulement assimilable par bien des côtés de la vie pratique, et c'est cette assimilation que prétend seulement proclamer la langue populaire, en confondant dans le terme d'*enfance* la mentalité des deux âges extrêmes de la vie. Le vieillard affaibli rappelle l'enfant par la versatilité capricieuse de l'humeur, la futilité et l'illogisme de ses joies et de ses colères, les manifestations instinctives et cyniques de son égoïsme, la matérialité de ses appétits, etc. ; il le rappelle surtout parce que, comme lui, il est incapable de se diriger seul, de se conduire par lui-même, de s'habiller, de se nourrir, sans le secours et l'assistance d'autrui ; la décadence progressive et globale des facultés psychiques réalise alors dans le vieillard un état d'infirmité sociale, assimilable à l'état de minorité physiologique de l'enfance. Chez les vieillards atteints de puérilisme démentiel on retrouve, plus ou moins accusés, ces caractères propres au syndrome démence, mais on observe, en

1. — E. Dupré : *Psychopathies organiques*, in *Pathologie mentale de Bullot* (Article Tumeurs cérébrales).

outre et en dehors d'eux, les symptômes psychopathologiques propres au syndrome puérilisme, qui se résument dans une régression de la personnalité psychique à son stade infantile.

Le secret pathogénique d'une si curieuse altération de la personnalité nous échappe complètement. Un rapprochement s'impose cependant, à propos des modalités démentielles du puérilisme, entre celui-ci et la loi de l'involution sénile de la mémoire, formulée par Ribot. Lorsque l'on réfléchit au rôle primordial joué par la mémoire dans l'édification de la personnalité, on peut imaginer que le syndrome du puérilisme trouve des conditions particulièrement favorables à son opposition dans ce double fait qui domine la psychologie sénile : disparition des souvenirs récents et des dernières acquisitions de la vie, d'un côté et, de l'autre, réapparition des souvenirs anciens et résurrection singulièrement vivace et tyrannique, devant la conscience appauvrie, de la vie enfantine, dans toute la spontanéité inférieure et primitive de ses manifestations.

M. TATY, *Chef des Travaux de Médecine mentale,* et M. GIRAUD, *Préparateur au Laboratoire de Médecine mentale de la Faculté de Médecine de Lyon.*

Lésions de l'écorce cérébrale et cérébelleuse chez une idiote aveugle-née. — Nous avons examiné, au laboratoire du professeur Pierret, le système nerveux central d'une jeune idiote aveugle-née, transférée à l'âge de 14 ans d'un Asile d'aveugles dans le service de M. le Dr Viallon, Médecin-Chef de l'Asile de Bron, à l'obligeance duquel nous devons la remise des pièces anatomiques. L'enfant, porteur d'un leucôme double entraînant une cécité complète était, à l'entrée, idiote, gâteuse, aveugle, sans surdité ni paralysie et elle proférait quelques cris. Atteinte en outre de tuberculose pulmonaire à un degré avancé, elle succombait très peu de temps après son placement à l'Asile.

Macroscopiquement le cerveau ne présentait d'autre altération qu'une atrophie des voies optiques plus marquée à gauche. L'examen nécroptique des yeux, fait par M. le Dr Louis Dor, chef des travaux de clinique chirurgicale, avec sa compétence spéciale, a montré que l'œil gauche était le plus atteint. Cet œil présentait un leucôme avec staphylôme antérieur, dilatation considérable des procès ciliaires, disparition du cristallin,

disparition de la rétine, excavation profonde de la papille. L'œil droit était également atteint de leucôme, mais le cristallin n'avait pas entièrement disparu ; il y avait peu de distension des procès ciliaires, pas de staphylôme, pas d'excavation papillaire, mais seulement un peu d'atrophie ; la.rétine existait. En résumé, il s'agissait d'une ophtalmie purulente bilatérale de la première enfance avec glaucôme à gauche.

L'examen microscopique des *hémisphères cérébraux* a montré que dans les lobes frontaux le nombre des cellules est très diminué. Beaucoup d'éléments sont réduits au noyau. Les quelques cellules qui ont conservé leur forme caractéristique sont atrophiées et leurs dimensions sont réduites à environ la moitié de la normale. Ces lésions sont très marquées dans le pôle frontal, un peu moins vers le pied des circonvolutions frontales.

Dans la zone rolandique, les cellules sont visibles en assez grand nombre, mais la plupart sont érodées par des lymphocytes fortement colorés. On y rencontre quelques cellules pyramidales de très grande dimension fortement échancrées, dont on peut suivre le prolongement de l'apex à travers deux ou trois champs du microscope.

Les éléments sont mieux conservés dans le lobe temporal ; leur protoplasma prend mieux la couleur ; il existe également quelques grandes cellules à aspect multipolaire ayant conservé un noyau et un nucléole. Les gaînes vasculaires sont légèrement infiltrées ; il y a également plus de lymphocytes épars dans les préparations.

Dans le pli courbe, les éléments cellulaires sont reconnaissables et relativement assez nombreux ; mais ils le sont moins que dans le lobe temporal et leur degré de conservation est moindre.

C'est dans le lobe occipital que les cellules sont le plus altérées, au point de se laisser difficilement reconnaître. La lésion est à son apogée dans les *scissures calcarines,* et il ne nous a pas été possible de constater de différence entre l'altération des scissures calcarines droite et gauche. Sur les deux lèvres de chaque scissure, dans toute la profondeur de la couche corticale, on ne peut reconnaître *aucun élément cellulaire.* Toute l'épaisseur du cortex est occupée par des noyaux dont on peut

préciser l'origine cellulaire parce qu'ils sont logés dans un espace, trace de l'espace d'Obersteiner primitif, à la périphérie duquel ils sont reliés par de minces filaments. Ces noyaux sont eux-mêmes atrophiés, transformés en une masse uniformément et fortement colorée dans laquelle on ne retrouve pas de nucléole. L'altération se prolonge sur le cunéus et le lobe lingual. L'état de ce dernier se rapproche de celui des autres circonvolutions occipitales. Sur le cunéus on voit réapparaître quelques formes cellulaires à environ 2 à 3 millimètres de la scissure.

Dans le *cervelet,* nous avons examiné tant par coupes isolées que par coupes d'ensemble les hémisphères cérébelleux, les vernis et la pyramide de Malacarne. Toutes ces régions sont malades.

Les lésions, de même caractère que les lésions cérébrales, y semblent moins avancées, en ce sens qu'on peut reconnaître dans un certain nombre de points les différents éléments caractéristiques, cellules étoilées, cellules de Purkinje et grains. Mais tous ces éléments sont atrophiés et raréfiés. Ainsi on rencontre parfois seulement deux ou trois cellules de Purkinje par champ ; dans d'autres points, on trouvera 6 à 7 éléments. Ces cellules ont des dimensions un peu supérieures à celles de l'enfant nouveau-né ; les mieux conservées ont à peu près les 2/3 de la dimension des cellules normales d'une jeune fille de 15 ans, prises pour terme de comparaison. Elles sont en général angulaires, pâles ; les noyaux sont rétractés, prennent fortement la couleur et le nucléole, à l'inverse de ce qui a lieu d'ordinaire, a une tendance à ne pas se colorer.

On constate, dans la couche moléculaire, l'existence de quelques grandes cellules appartenant au type des Purkinje, mais à formes plus effilées, à contours très bien dessinés et à noyau allongé.

Les grains sont atrophiés, leur diamètre est à peu près la moitié de celui des grains normaux ; ils se colorent mal et d'une façon diffuse. La couche granuleuse est elle-même diminuée d'épaisseur.

M. le D[r] Louis Dor nous ayant signalé le fait constaté par lui de l'atrophie du *flocculus* ou lobule pneumogastrique du cervelet chez les lapins auxquels on a pratiqué l'énucléation de l'œil,

nous avons examiné les flocculus droit et gauche de notre sujet.

Le flocculus gauche nous a paru macroscopiquement plus petit que le droit et atteint microscopiquement de lésions plus avancées. La coloration des cellules a été très difficile à obtenir ; on n'a pas pu mettre en évidence de cellules étoilées. Quant aux cellules de Purkinje, dans un très grand nombre de points elles n'étaient pas apparentes et le point que nous avons dessiné est un des rares où elles existent. Les grains y sont également plus petits et plus pâles. Le flocculus droit est également très altéré, mais moins que le gauche et ses lésions ne nous ont pas paru différer sensiblement de celles des autres points du cervelet.

Nous présentons à l'appui de cette description nos préparations et onze figures dessinées dans les conditions habituelles de notre laboratoire (ocul. 6 obj. 6 stiasthie ; détails à l'immersion 1/10e ou à l'obj. 8 sec ; longueur de tube : 160) et par conséquent rigoureusement comparables entre elles. Quatre de ces figures reproduisent les circonvolutions 3e frontale, vers le pied, pli courbe, 2e temporale et la scissure calcarine de notre sujet, trois autres, les flocculus droit et gauche. A titre de comparaison nous y avons joint quatre figures donnant l'aspect et les dimensions des cellules normales de l'homme (décapité) 1re frontale et malade d'hôpital non aliéné : (scissure calcarine) ainsi que le cervelet d'un nouveau-né pseudencéphale et d'une jeune fille normale de 15 ans.

La lésion très considérable des scissures calcarines y est très apparente. Il nous a semblé intéressant de montrer que cette lésion pouvait être facilement reconnue même dans un cas où les lésions corticales sont très générales, très étendues et très avancées. Notre examen justifie de tout point les idées de Henschen dont nous avons eu l'occasion d'étudier l'œuvre *(Pathologie des Gehirns)* grâce à l'obligeance de M. le Dr Dor père, que nous tenons à remercier ici. Les lésions de destruction cellulaire qui ont entraîné la disparition totale dans les scissures calcarines vont en diminuant, à mesure qu'on s'en éloigne, dans les circonvolutions occipitales et l'état du pli courbe n'est pas sensiblement différent de celui du reste du cerveau.

La destruction cellulaire est minima dans les régions rolandiques et surtout temporales. C'est aussi dans ces régions qu'on

peut constater une infiltration péricellulaire et périvasculaire. Il semble qu'on puisse suivre dans tout ce cerveau les traces destructrices de deux processus, l'un, ancien, ayant frappé tout l'organe avec prédominance dans les zones visuelles et peut-être le pôle frontal, en respectant relativement les zones motrices et auditives, l'autre, récent, qui se révèle par les caractères des inflammations subaiguës (infiltrations péricellulaires et périvasculaires), caractères que l'on peut observer seulement dans les régions qui avaient résisté à la première attaque et dans les points où les éléments avaient conservé une vitalité suffisante pour réagir devant le processus infectieux terminal.

Nous retiendrons également la participation du cervelet au processus morbide, avec les caractères que nous avons constamment observés dans les recherches faites au laboratoire sur l'anatomie pathologique de cet organe. *(Thèse de Bridier, 1903. Essai sur l'Anatomie pathologique des Démences. — Communications de Taty et Jeanty, sur les lésions du cervelet chez les paralytiques généraux. Congrès de Bruxelles, 1903. Thèse de Jeanty. Lésions du cervelet chez les paralytiques généraux, les idiots et dans les encéphalo-méningites aiguës, 1903.)* Le cervelet reproduit les altérations cérébrales avec un retard dans l'évolution et une diminution dans l'intensité, soit, pour notre cas, atrophie et destruction cellulaire sans infiltrations inflammatoires. Quant à la localisation du sens visuel dans le cervelet, nous nous bornerons pour le moment à noter le fait de l'existence du maximum des lésions dans le flocculus du même côté que l'œil le plus malade, sans y insister davantage et sous réserve de vérifications ultérieures dans des cas plus démonstratifs, si tant est qu'il soit possible de parler de localisations dans un organe aussi complexe, aussi étroitement relié dans toutes ses parties aux autres centres, et aussi évolué que le cervelet humain.

M. COULONJOU, *Médecin-Adjoint à l'Asile des aliénés d'Alençon (Orne).*

Quelques réflexions sur l'étiologie de la Paralysie générale dans le département de l'Orne. — Je désire apporter au Congrès une constatation qui m'a impressionné, au sujet de la proportion très réduite de paralytiques généraux

traités à l'Asile d'Alençon, auquel j'appartiens. Tandis que la plupart des Asiles français comptent une moyenne de 10 à 15 et jusqu'à 30 °/₀ de paralytiques généraux, l'Asile de l'Orne n'en compte que 2 °/₀.

Cet Établissement a une population de 580 malades, et, dans ce nombre, il y a seulement 11 paralytiques généraux.

J'avais d'abord pensé que c'était là un effet du hasard et que l'année avait été heureusement favorisée ; mais, en étendant mes recherches à toutes les admissions des 15 dernières années, j'ai pu constater que cette proportion n'avait jamais été dépassée. Remarquons que l'Asile de l'Orne ne recevant pas d'aliénés de la Seine est exclusivement peuplé de Normands.

Jusqu'à ce jour, mes diverses observations d'une part, d'autre part les plus récentes conclusions des auteurs sur la matière me paraissaient confirmer l'hypothèse de la nature toujours spécifique ou para-spécifique de la paralysie générale. Je cherchai donc à savoir si la rareté des paralytiques généraux dans l'Orne était due à une moindre proportion de syphilitiques ; dans ce but, j'ai demandé à plusieurs de mes confrères praticiens les plus chargés de clientèle du Département quelques renseignements sur la fréquence de la syphilis ; ils m'ont tous répondu que si le « mal français » était rare autrefois en Normandie, il était aujourd'hui fort répandu, et que les paysans eux-mêmes fournissaient un contingent moyen. D'autre part, les statistiques établissent que le département de l'Orne est un de ceux où l'alcoolisme est le plus répandu ; l'usage de l'eau-de-vie de cidre du *Calvados* est passé à l'état de besoin ; les plus pauvres en achètent plutôt que du pain ; on y voit couramment servir aux enfants à la mamelle de la « soupe à l'eau-de-vie ». Les résultats de cette intoxication globale sont terribles et ont été envisagés à bien des points de vue ; en ce qui concerne notamment la stérilité de la descendance, l'action est remarquable : l'Orne est la région où les naissances sont les plus rares et où la dépopulation progresse le plus rapidement. Si nous envisageons les maladies mentales dues à l'action de l'alcool, il m'est permis d'affirmer que les deux tiers des placements d'office opérés à l'Asile d'Alençon sont dus à des formes d'alcoolisme : la confusion hallucinatoire domine, le délire des persécutions non systématisé, les états d'affaiblissement infec-

tieux, les dépressions simples ou anxieuses, les démences rapides composent le reste du contingent ; et toujours il reste avéré que le sujet faisait des abus de cidre ou d'eau-de-vie, que les Normands considèrent encore comme un aliment nécessaire. Malgré ces deux constatations, établissant, d'une part, que la syphilis atteint la même fréquence qu'ailleurs, d'autre part, que l'alcoolisme fait des ravages certainement plus terribles, nous observons que la paralysie générale est, dans l'Orne, de cinq à dix fois moins répandue que dans les autres régions. Je n'ai certes pas la prétention de tirer de ce fait une règle et de vouloir infirmer par lui seul tous les travaux et les conclusions longuement étudiées des plus autorisés de nos maîtres. Il me paraît suelement qu'avant d'établir une loi, dans ces questions si difficiles et si peu documentées de l'étiologie des maladies du système nerveux, il serait bon de réunir un ensemble de statistiques sérieuses où l'on tiendrait compte des divers facteurs et des résultats certains ; on s'apercevrait peut-être souvent que l'absolutisme doit être soigneusement évité.

Ainsi, à moins d'admettre que certaines syphilis seulement, ou certaines formes d'alcoolisme, peuvent engendrer la paralysie générale, ce qui n'est pas absurde, d'ailleurs, le fait que je vous apporte jusqu'à plus amples informations, ne permettrait-il pas de penser que l'étiologie de la paralysie générale n'est uniquement gouvernée ni par la syphilis, ni par l'alcoolisme ? D'autre part, les lésions de la paralysie générale sont essentiellement des lésions d'*usure*. C'est la méningo-encéphalite qui domine ; c'est, de plus, la diffusion. Toutes les altérations que l'on découvre et que l'on peut suivre dans leur marche progressive : épaississement et adhérences des méninges, encéphalite et ramollissement de la couche corticale, atrophie, liquide ventriculaire, granulations ; lésions microscopiques : augmentation des cellules névrogliques, diminution des éléments nobles (cellules et fibres nerveuses), diapédèse leucocytique, sont caractéristiques d'une sclérose. Elles témoignent, soit d'une suractivité fonctionnelle exagérée, soit d'une incapacité pour l'organe nerveux de supporter, à un moment donné, un travail normal. Il semble rationnel d'admettre, *a priori*, que toute cause de surmenage puisse entraîner, dans le cerveau, comme dans le foie ou le rein, une suractivité, génératrice de sclérose ;

ici, comme ailleurs, l'organe supportera d'autant mieux le surcroît de travail, qu'il sera héréditairement plus valide ou personnellement plus exempt de causes déprimantes, telles que les infections et les intoxications. Ainsi se comprendraient comme grands facteurs *prédisposants* l'hérédité neuro-arthritique, d'un côté, la syphilis et les poisons, de l'autre. Inversement, lorsqu'il s'agit d'un cerveau valide, non entaché de tares dégénératrices, non surmené par un travail inaccoutumé, n'est-il pas hypothétique d'affirmer que la syphilis seule ou l'alcool peuvent faire éclore la paralysie générale ? On comprendrait ainsi que certaines contrées, comme le département de l'Orne, où il y a de la syphilis comme partout et de l'alcoolisme plus que nulle part, soient presque exemptes de paralysie générale. C'est qu'en effet, l'on y cultive normalement l'amour, exagérément la bouteille, mais fort peu l'organe pensant. On s'y méfie encore des progrès de la civilisation (je parle ici, bien entendu, de la population rurale). L'éclosion des idées larges, des maximes libérales, vrai critérium de la culture intellectuelle, a quelque peine à s'y produire. Or, s'il est des maladies dont l'extension et la gravité suivent une courbe parallèle à celle de la civilisation, la paralysie générale doit, sans conteste, tenir le premier rang. On ne saurait affirmer qu'elle a été créée de toutes pièces, puisque d'anciennes descriptions cliniques paraissent en reproduire certains symptômes, mais il n'est pas douteux qu'elle trouve dans les conditions de vie actuelle, en même temps que grâce aux intoxications plus faciles, tous les éléments de sa genèse. Les statistiques nous apprennent qu'elle est inconnue chez les sauvages ; elle s'y implante avec la civilisation ; en Algérie, le Dr Meilhon a constaté que, seuls les Arabes qui vivaient à l'Européenne la contractaient ; la même règle a été établie pour les nègres de Cuba, par Mûnoz. En Europe, c'est dans les États du Centre qu'elle est la plus fréquente, et il nous paraît qu'en France même, on peut relever des différences entre les diverses régions, et constater que la maladie est d'autant plus commune que l'on considère une contrée plus civilisée. Je ne veux pas parler des agglomérations ; il est bien entendu que les villes fournissent toujours un contingent plus fort, de même qu'elles offrent un pourcentage bien plus important des maladies qui reconnaissent pour cause

la contagion, l'épidémie, les divers germes ou la mauvaise hygiène.

Mais en comparant les statistiques des diverses contrées, on peut se convaincre que celles qui mènent la vie intellectuelle la plus active sont aussi celles qui comptent le plus de paralysies générales. Ce résultat ne nous étonnerait plus si, pour la genèse de cette maladie, qui nous présente des lésions *d'usure,* nous faisions intervenir un facteur d'*usure cérébrale.* Cette usure cérébrale, nous la voyons toujours en relations avec le surmenage, conséquence nécessaire de la lutte pour la vie, et c'est aussi chez les heureux (?) peuples qui se contentent d'une existence matérielle, que l'on ne rencontre pas de paralytiques généraux.

J'ai tenu, Messieurs, à vous apporter ce résultat de ma statistique, et les simples réflexions qu'il m'avait suggérées.

Discussion :

M. LE D[r] RÉGIS, *de Bordeaux.* — Le travail de M. Coulonjou constate un fait qui n'est pas nouveau et il y a longtemps que les Médecins d'Asile ont signalé cette particularité que la paralysie générale dans les Asiles pouvait être rare dans certains pays. Et cela a été un des principaux arguments opposés à l'étiologie, non pas constamment, mais plus fréquemment syphilitique, de la paralysie.

M. Coulonjou rappelait le travail de M. Meilhon sur la rareté de la paralysie chez les Arabes. Il y en a d'autres et je cite celui de M. Vasi chez les Serbes ; or, si cet argument a été opposé depuis de longues années, on n'a pas hésité à y répondre et c'est cette réponse que j'ai faite, et que je demande de reproduire pour ceux qui s'imaginent qu'il suffit de la syphilis pour faire de la paralysie générale. Assurément, l'argument partait de haut, de telle sorte qu'il fallait s'incliner. Mais l'on estime que la paralysie doit être en parallèle avec la fréquence de la syphilis ; évidemment, partout où l'on constate que la paralysie est rare, on peut dire que la syphilis n'est pour rien ou pour peu de chose dans l'étiologie.

Mais les partisans les plus convaincus, et je me range parmi ceux-là, n'ont jamais exprimé une telle opinion ; ils ont toujours

déclaré, au contraire, qu'un syphilitique ne devenait paralytique général qu'avec l'appui de cette prédisposition qu'invoquait M. Deny, à propos de la démence précoce.

J'ai toujours dit et j'ai toujours formellement déclaré que pour faire un paralytique général il fallait deux choses : la prédisposition cérébrale et la syphilis ensuite ; la syphilis existe, mais la prédisposition cérébrale, où est-elle? Or, la statistique dit que la paralysie est en rapport de fréquence avec l'intensité de civilisation.

M. Coulonjou parlait de la civilisation. Oui, mais comme je le disais, il faut deux choses pour faire de la paralysie générale ; or, quel que soit le degré, la paralysie générale doit être d'autant plus fréquente que la civilisation est plus avancée, et d'autant moins que la civilisation est moins avancée. Et voilà pourquoi, dans l'Orne, il peut y avoir beaucoup de syphilitiques et peu de paralytiques généraux.

A cela il y a la contre-partie : la syphilis peut être fréquente dans un pays alors que la paralysie générale y est rare, c'est entendu.

L'explication que l'on peut donner, je viens de la formuler, mais ce qu'on ne constatera jamais, et qu'on n'a jamais constaté, c'est la paralysie générale fréquente dans un pays à syphilis rare ; cela je ne le connais pas, mais le jour où on m'apportera des statistiques établissant qu'il existe dans un Asile 25 °/₀ de paralytiques généraux alors que la syphilis est rare dans la contrée, je m'inclinerai.

En revanche, si on ne peut pas faire cette constatation pour la syphilis, on la fait généralement en ce qui concerne l'alcoolisme.

Non seulement on peut constater que la paralysie générale peut être rare dans un pays à alcooliques très fréquents, mais on constate aussi que la paralysie générale peut être de même très fréquente dans un pays à alcoolisme rare. Je cite Bordeaux, je pourrais citer d'autres pays vinicoles où il n'y a pas d'alcoolisme et où il y a des paralytiques. Pourquoi ? parce qu'il y a beaucoup de syphilitiques ; à Bordeaux, la proportion de paralytiques généraux alcooliques est très minime. Il y a beaucoup de paralytiques généraux, mais très peu d'alcooliques, 6 °/₀ environ ; de sorte qu'il y a une divergence absolue entre la

fréquence de la paralysie générale et la fréquence de l'alcoolisme.

Et je résume :

On peut constater, dans certains pays, que la paralysie générale est rare dans une population où la syphilis et l'alcoolisme sont fréquents, mais on ne constate pas de paralysie générale fréquente dans des pays à syphilis rare. De même, l'on constate des paralysies générales dans des pays où l'alcoolisme n'existe pas.

M. CULLERRE, *de la Roche-sur-Yon.* — M. Régis a dit beaucoup mieux que je ne l'aurais fait moi-même la plupart des objections que j'aurais eu à faire ; seulement je voudrais ajouter deux mots pour appeler votre attention sur une erreur grave que me paraît commettre M. Coulonjou, en croyant qu'il n'y a que dans l'Orne où les paralytiques généraux sont rares. Mais dans tous les Asiles de province il en est de même ; moi je n'en ai pas plus de 10 °/₀, mais ils sont tous syphilitiques, tandis que sur 100 de paralysie simple, pas un n'est syphilitique. Si je considère la nature des malades qui sont paralytiques, je remarque que la syphilis joue un rôle important. Les paralytiques ne sont que des marins, des soldats ou des prostituées, et, dans ces conditions, il est évident que la syphilis doit jouer un rôle important et même capital.

Le surmenage joue également son rôle, non seulement physique, mais cérébral ; le surmenage du système nerveux tout entier ; cependant, la syphilis est à la base de ces paralysies générales.

Voilà ce que je tenais à dire.

M. LALANNE, *Le Bouscat (Gironde).* — Je voudrais m'associer à ce que viennent de dire MM. Régis et Cullerre.

J'ai fait la statistique des alcooliques passés dans ma maison comme l'avait fait M. Régis lui-même.

Nous avons trouvé un très petit nombre d'alcooliques ; je crois que dans dix ans j'en ai relevé 16, tandis que nous relevons 15 à 20 °/₀ de paralytiques généraux chez lesquels nous constatons généralement de la syphilis.

Nous aussi, nous avons constaté qu'il y a une espèce d'anta-

gonisme entre la paralysie et l'alcoolisme ; nous avons eu des malades qui arrivaient avec tous les symptômes des paralytiques généraux et qui, plus tard, s'amélioraient et même guérissaient; c'étaient des malades qui étaient simplement alcooliques.

C'est un fait intéressant à signaler, et qui peut quelquefois mettre sur la voie de recherches importantes.

Maintenant comme il est dit qu'il faut aller toujours plus loin que son maître, je vous dirai que, pour ma part, je crois qu'il n'y a pas de paralysie générale sans syphilis. Et je me base sur cette observation importante, c'est que depuis 59 ans que ma maison existe, nous avons eu cinq femmes paralytiques et que toutes les cinq étaient des syphilitiques.

Personnellement, j'en ai observé une qui était aussi syphilitique; or si, comme le disait notre collègue, on pouvait invoquer, dans l'étiologie de la paralysie générale l'usure cérébrale, il est fort possible que bien des femmes, dans 59 ans, auraient pu être soignées et qu'il n'y aurait pas eu que cinq femmes paralytiques générales.

Professeur BRISSAUD, *de Paris*. — En ce qui concerne l'influence de milieux, il y a d'autres statistiques qui ont été présentées ces derniers temps ; les unes, par Matignon, les autres par Gensen. M. Matignon a séjourné longtemps, vous le savez, à la légation de France à Pékin ; là, il a fait sur la syphilis et la paralysie générale, des observations très remarquables et particulièrement intéressantes. Eh bien, il n'a pas vu de paralysie générale syphilique chez les chinois, parmi lesquels cependant la syphilis est fréquente. M. Gensen, qui a eu une mission de 11 mois, a vu des syphilis en quantité, mais n'a pas vu un seul cas de paralysie générale.

Pour ce qui est de la fréquence de la paralysie générale chez la femme, elle est bien moindre que chez l'homme, mais je sais qu'il y a des Asiles dans lesquels on n'a pas connu un seul cas de paralysie générale qui ne fut pas syphilitique ; je n'en connais moi-même pas un seul.

Il n'en est pas de même de la paralysie générale masculine.

M. Barbanda, au Congrès de Madrid, nous a dit que lui non plus n'a pas trouvé de cas de paralysie générale qui fut survenu sans syphilis.

Un élève de M. Pierret a présenté une observation intéressante d'un paralytique général avarié qui avait été admis à l'Asile avec un chancre infectieux et c'est dans l'Asile qu'il a vu évoluer la syphilis secondaire. A quoi on pourrait objecter : la syphilis est-elle capable ou non de récidiver ? Je ne dis pas non, mais, en ce qui me concerne, je n'ai pas vu un seul cas récidiver. Je demanderai à M. Coulonjou qu'elle est la proportion des paralytiques généraux syphilitiques dans l'Orne.

M. COULONJOU, *d'Alençon*. — Sur les 11 seuls cas qui existent à l'Asile, je suis certain que 4 au moins ne sont pas syphilitiques.

PROFESSEUR BRISSAUD, *de Paris*. — 4 sur 11, cela fait 40 sur 110, c'est-à-dire un peu moins de 40 °/₀, 36 °/₀ environ, ce qui est une proportion de non syphilitiques considérable. Cela fait plus d'un tiers, tandis que la proportion de M. Régis est plus considérable et que celle de M. Lalanne l'est plus encore ; tout cela par différence de milieux. Il en résulte que votre proportion dans l'Orne est excessivement faible.

M. COULONJOU, *d'Alençon*. — Je n'ai pas voulu tirer une conclusion définitive de mes observations ni chercher à infirmer celles de nos maîtres ; je dis seulement que, dans certains cas, il m'a semblé que la syphilis ne suffisait pas.

Évidemment cette théorie n'est pas nouvelle ; mais j'ai cru utile d'invoquer, à l'appui de ses allégations, le cas du département de l'Orne, où la culture intellectuelle est fort en retard. Je ne suis point du tout de ceux qui cherchent à nier l'influence énorme de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale. A mes yeux, une théorie éclectique, qui fait une part non moins considérable aux facteurs d'usure cérébrale, permet de mieux interpréter des faits comme celui que je vous rapporte. Voilà tout ce que j'ai voulu dire.

M. DOUTREBENTE, *de Blois*. — Je voudrais demander à M. Coulonjou s'il a essayé dans ses interrogatoires d'un subterfuge dont je me sers et qui me réussit presque toujours.

Certainement, au début, la proportion des syphilitiques à

l'Asile de Blois était inférieure à la sienne. C'est à ce moment-là que j'employai cette ruse : je demandais aux parents si le malade était syphilitique, et lorsqu'ils me déclaraient fermement que le malade n'était pas atteint de syphilis, je leur disais : « C'est regrettable, c'était la seule chance de salut que vous eussiez. » A la suite de cela, je prescris le traitement que vous pratiquez tous. J'ai obtenu, dans presque tous les cas, des renseignements précis qui m'ont permis de trouver ce que je n'avais pas obtenu. Quant à la proportion des paralytiques à l'Asile de Blois, elle est très faible ; ainsi en ce moment, parmi les hommes dangereux, je n'ai que deux paralytiques ; chez les femmes je n'ai qu'un seul cas ; c'est une professionnelle de la prostitution. Par contre, dans la maison de santé, aux pensionnaires, chez les femmes, dans la classe bourgeoise, je n'ai pas un seul cas de paralysie générale et, depuis 25 ans, je n'en ai vu qu'un. Cette femme, je suis sûr qu'elle a eu la syphilis, c'est un de mes anciens camarades de collège, qui était son mari, qui me l'a affirmé. Donc le seul cas que j'ai eu c'est chez une femme syphilitique.

Par contre la proportion chez les hommes est considérable.

Pour l'alcoolisme, lorsque je suis arrivé, il y a 25 ans, à l'Asile de Blois, la proportion des alcooliques dans l'Asile était à peu près nulle (1 à 1 1/2 %). C'était alors un pays vinicole ; malheureusement, le phylloxera est venu, a tué nos vignes et actuellement l'alcoolisme sévit à raison de 17 %, de sorte qu'en 25 ans, l'alcoolisme a augmenté de plus de 15 %.

D[r] René CRUCHET, *Chef de Clinique à l'Université de Bordeaux.*

Formes cliniques des tics unilatéraux de la face. — D'une manière générale le *tic* est caractérisé par la répétition intempestive et inutile de secousses musculaires brèves et brusques, occupant soit un muscle isolé soit des groupes déterminés de muscles, groupes musculaires associés pour produire une grimace, un sourire, un geste ou un ensemble de mouvements plus complexe [1].

1. — Voir la communication de notre maître le professeur Pitres, au Congrès de Grenoble, en 1902 ; voir également notre *Étude clinique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique* (Thèse de Bordeaux, 1901-1902), ainsi que notre communication au Congrès de Grenoble de 1902 sur *les tics en général.*

Nous ne voulons nous occuper ici que des tics unilatéraux de la face qui, par leur fréquence et leurs caractères variés, offrent pour le clinicien un intérêt particulier.

Les tics unilatéraux de la face peuvent se grouper sous trois grands ordres étiologiques, suivant qu'ils sont :

a) D'ordre réflexe douloureux ou non douloureux ;
b) D'ordre organique paralytique ou non paralytique ;
c) D'ordre professionnel.

Nous aurons ainsi à considérer successivement dans les tics de la face cinq formes cliniques principales :

1° Le tic réflexe douloureux ;
2° Le tic réflexe non douloureux ;
3° Le tic organique non paralytique ;
4° Le tic organique post-paralytique ;
5° Le tic professionnel.

— I —

1° Tic douloureux. — Le tic douloureux est une des formes les plus remarquables du tic unilatéral de la face.

On en connaît bien les signes généraux. La physionomie du sujet ne présente en dehors des crises rien de particulier à signaler : tous les mouvements de la mimique s'effectuent avec leur aisance habituelle, puis soudain, soit spontanément soit provoquée par différents actes (paroles, mastication, bâillement, contact du rasoir, etc.), la crise éclate.

Elle est caractérisée par l'apparition brusque de douleurs qui surgissent dans une partie localisée de l'hémiface et s'irradient ensuite à toute la moitié du visage. L'épine douloureuse est fixée généralement dans la mâchoire supérieure ou dans la mâchoire inférieure, au niveau d'une dent ou sur le rebord alvéolaire, dans une commissure labiale ou la portion interne de la joue qui avoisine cette commissure, à la base d'une narine ou sur l'os de la pommette, et plus rarement au niveau du menton ; de ces divers points, les irradiations douloureuses se dirigent dans toute la région malaire, dans l'œil, la région sus-orbitaire, le front, vers la tempe et vers l'oreille, gagnant même parfois la moitié de la langue.

Sur un fond de douleur sourde et continue, mais supportable, que les malades comparent à des fourmillements, picotements, rongements, à une sensation de brûlante cuisson, se surajoutent ou surviennent d'emblée des paroxysmes douloureux abominables : ce sont des élancements en éclairs, des jets de feu, des courants électriques, des sensations de dilacération vive des chairs ou d'arrachement violent, ce sont comme des lames de couteau s'enfonçant sans merci à travers le visage, tous phénomènes paroxystiques affreux, intolérables, qui ne cessent qu'avec la crise.

En même temps que la crise apparaissent les secousses cloniques constituant le tic proprement dit : le plus souvent ce sont de petites secousses brèves au niveau d'une commissure ; la commissure est tirée brusquement en haut et la bouche, comme dans un cas du professeur Pitres, rapporté par notre ami Henri Verger [1], s'ouvre convulsivement, en dessinant une raquette dont la partie élargie est tout entière formée par la moitié malade des lèvres. Assez souvent ce mouvement alternatif d'ouverture et de fermeture buccale s'accompagne d'un bruit de mâchonnement. Fréquemment, la contraction musculaire s'étend : on voit l'œil cligner et toute la moitié de la face se tordre en une grimace unilatérale complète qui se reproduit, coup sur coup, tant que dure la crise.

Puis la douleur cesse, le visage se détend aussitôt, les secousses du tic s'arrêtent brusquement ; la crise est terminée.

Cette crise dure de quelques secondes à deux ou trois minutes ; elle est rarement unique ; à une première crise succède généralement pendant plusieurs jours une série de crises survenant à des intervalles variés, selon les sujets (quinze, trente minutes, une heure, deux, trois ou quatre heures), s'exacerbant pendant le jour pour s'atténuer la nuit. Après cette période d'acuité, les crises cessent quelques semaines, quelques mois ; puis à cette accalmie fait suite une nouvelle période de crises qui dure plus longtemps que la précédente et qui est suivie à son tour d'une nouvelle période d'accalmie plus courte que la première. A mesure que la maladie progresse, les périodes de crises devien-

1. — H. Verger : *Essai de classification de quelques névralgies faciales par les injections de cocaïne « loco dolenti »* (travail de la Clinique de M. le Professeur Pitres). *Revue de Médecine,* janvier 1904, p. 69.

nent de plus en plus longues, les périodes d'accalmies de plus en plus courtes; il arrive un moment où les crises sont subintrantes, se succèdent à dix, cinq, trois, deux minutes d'intervalle, persistent ainsi des semaines, des mois, voire des années, empêchent tout travail, obligent à parler peu, à mastiquer le moins possible, à ne boire ni trop chaud ni trop froid, à fuir le moindre courant d'air et troublent même le sommeil.

On voit donc que le tic douloureux, à en juger simplement par ce qui précède :

1° Survient par crises entre lesquelles la physionomie est absolument indemne et où les mouvements de tous les muscles du visage sont d'une intégrité parfaite. Pendant tout l'intervalle qui sépare les crises — même rapprochées — la face ne présente pas le moindre tic ;

2° Le tic est manifestement provoqué ou exagéré par tous les actes qui mettent en jeu les muscles de la face et même du pharynx : parole, chant, bâillement, hoquet, déglutition, mastication, acte de se moucher, rire, colère, anxiété, etc. ;

3° L'attention du sujet ou sa distraction n'ont aucun effet sur le tic ;

4° Il en est de même des diverses attitudes du sujet, qu'il soit assis, debout ou étendu dans le décubitus horizontal ;

5° Le sommeil n'a pas davantage d'action sur le tic, puisque les crises peuvent éclater pendant le sommeil en provoquant toujours le réveil du sujet.

En réalité, ces caractères ne sont pas particulièrement propres au tic douloureux : ce sont plus exactement des caractères particuliers à la douleur névralgique, laquelle peut s'accompagner ou ne pas s'accompagner de tics. C'est que, en effet, dans le tic douloureux, le phénomène *douleur* est le caractère essentiel et le phénomène *tic*, le caractère secondaire, contingent. La douleur existe toujours, le tic manque fréquemment. Par suite, ce qui doit être recherché dans l'étude de ce tic douloureux, ce sont les rapports qui unissent le tic à la douleur ; il s'agit de savoir pourquoi les tics tantôt existent et tantôt manquent, quelle est enfin leur raison d'être ?

*
* *

Il paraît certain que le tic constitue un *moyen de défense* de l'individu contre la douleur.

Pujol, dès 1787, en avait fait la remarque : « J'ai vu, dit-il, une malade qui m'assuroit que pendant les attaques du tic douloureux, même les plus cruelles, elle se sentoit toujours la maîtresse de suspendre à son gré tout mouvement grimacier des muscles du visage. Si elle les permettoit, ajoutoit-elle, ce n'étoit que parce qu'elle croyoit souffrir un peu moins lorsque ces mouvements avoient lieu ; elle n'osoit point se refuser cette espèce de soulagement[1]. »

Mais ce moyen de défense n'est pas le même dans toutes les névralgies du trijumeau : il varie, au contraire, avec chaque individu, qui réagit à sa façon. C'est ainsi que, dans cette lutte contre la douleur, si les uns tiquent, les autres, ou se prennent la tête dans les mains, ou poussent des gémissements, ou se frottent vigoureusement la joue, ou, les sourcils froncés, l'œil à demi fermé, immobiles, retenant leur respiration, sans proférer le moindre cri, sont comme dans l'extase ; ou bien les globes oculaires convulsés en haut, ils balancent rythmiquement leur tête, ou encore leur visage figé revêt le masque de l'angoisse et de la terreur....

Une malade de Pujol avait trouvé le secret d'abréger les attaques par une manipulation des plus singulières : dans le fort de la douleur, elle approchait lentement et avec la plus grande précaution le bout du doigt du foyer douloureux ; lorsqu'elle était près des téguments elle les touchait rapidement et le plus légèrement qu'elle pouvait avec l'extrémité de son ongle, qu'elle retirait ensuite avec beaucoup de prestesse. L'instant de contact était accompagné d'un trait de douleur auquel la malade ne trouvait, disait-elle, rien de comparable ; mais cette douleur instantanée était suivie immédiatement du sentiment de détente et toute l'attaque était terminée (*loc. cit.*, p. 80-81).

Donc le tic constitue un de ces nombreux moyens de défense mis en œuvre par le sujet pour tromper ou amortir la douleur qu'il endure.

Il reste à rechercher dans quelle proportion se rencontre le

1. — Pujol, de Castres : *Essai sur la maladie de la face nommée le tic douloureux*. Paris, 1787.

tic par rapport aux autres actes défensifs, et dans quelles formes de névralgie du trijumeau on le constate de préférence :

1° Le tic doit être considéré comme l'acte de défense le plus fréquemment utilisé par les malades atteints de névralgie du trijumeau ; et c'est ce qui explique pourquoi, depuis bien longtemps, cette affection a été désignée sous le nom de tic douloureux. Ainsi la statistique de notre ami Verger, recueillie dans le service du professeur Pitres, nous apprend que sur 23 cas de névralgie faciale, 11 cas seulement présentaient des actes de défense. Or, sur ces 11 cas, 6 fois ces actes défensifs se sont montrés sous formes de tics : ce sont donc les plus fréquents ;

2° Les formes de névralgies dans lesquelles on trouve principalement ces réactions de défense sont les névralgies d'origine centrale, c'est-à-dire celles où les douleurs sont le plus intolérables. C'est ainsi que sur les 11 cas de la statistique de Verger, 10 fois la névralgie était d'origine centrale, une fois seulement d'origine périphérique ;

3° Il serait intéressant de rechercher si telle ou telle forme de la douleur ne commande pas telle ou telle réaction de défense ; si, par exemple, les élancements en éclairs ou les douleurs en coups de canif ne provoquent pas de préférence la réaction motrice sous forme de tics, et si les sensations sourdes de rongement, de picotement, de brûlure, n'entraînent pas des réactions motrices plutôt d'ordre tonique.

*
* *

En résumé, ce qu'il importe de noter dans le tic douloureux, en dehors de son caractère unilatéral :

1° C'est qu'il est essentiellement fonction de la douleur et peut-être de la forme de cette douleur (élancements, éclairs, coups de couteau) ;

2° Que ce tic constitue un véritable *acte de défense* du sujet contre la douleur, et qu'il peut être, au moins dans certains cas, réfréné par la volonté (cas de Pujol cité plus haut).

2° Tic réflexe non douloureux. — Le tic réflexe non douloureux constitue le tic le plus fréquent des tics unilatéraux de la face. Rarement généralisé à toute une moitié de la face, il en affecte de préférence certaines parties limitées. Parmi les

variétés ainsi localisées, la plus commune nous est fournie par ces clignements unilatéraux, bien connus des ophtalmologistes.

A la suite de la pénétration dans l'œil d'un corps étranger, grains de poussière, escarbilles, cils, ou par présence de granulations occupant le cul-de-sac inférieur de la paupière (Parinaud), ou par l'action d'une lumière trop vive, la conjonctive irritée, même altérée, provoque une sensation de gêne, de picotement avec larmoiement fréquent et clignement consécutif des paupières.

Parmi les autres variétés de tics signalons : la contraction vive de l'aile du nez, de la joue, le brusque tiraillement en haut de la commissure labiale, l'élévation de la lèvre inférieure entraînant le menton, le froncement du sourcil, certains tics de mordillage, de succion, etc. Bien des causes peuvent provoquer ces divers tics : l'inflammation de la muqueuse nasale, en particulier le coryza à répétition, les petits furoncles des ailes du nez, les gerçures des lèvres, les boutons de l'impétigo et de l'acné, les vésicules herpétiques, le prurit de l'eczéma, les érosions de la muqueuse buccale, les troubles de la dentition, etc.

L'étude attentive de ces tics nous montre :

1° Que l'apparition de ces tics (clignement en particulier) est souvent brusque. Leur disparition peut être instantanée, aussitôt l'expulsion, par exemple, d'un corps étranger; mais elle a lieu parfois de façon progressive quand la conjonctive, ou la muqueuse nasale, etc., même débarrassée de son agent irritant, a été suffisamment lésée pour que la réparation se fasse peu à peu;

2° Ces tics surviennent par crises plus ou moins rapprochées, entre lesquelles la face demeure absolument indemne;

3° Tous les actes ayant pour effet d'augmenter l'intensité d'irritation de la cause initiale provoquent une exagération marquée des tics.

L'exemple suivant est tout à fait typique : une femme de quarante-cinq ans était atteinte depuis quatre ans d'accès de convulsions mimiques occupant tous les muscles innervés par le facial. Frænkel (de Berlin), constatant à l'examen une rhinite gauche, pratiqua aussitôt l'exploration de la muqueuse nasale irritée et cette exploration provoqua dans la face un accès violent de convulsions. Toute excitation de la muqueuse produi-

sait le même effet ; et ce n'est qu'après cinq applications au galvano-cautère, faites dans les points où l'excitation faisait naître les convulsions les plus violentes, que le tic disparut complètement ;

4° Les divers mouvements de la face (en tant qu'ils n'exagèrent pas l'irritation causale), la gymnastique respiratoire ou les diverses stations du sujet, l'attention, la volonté peuvent avoir sur les tics un effet frénateur, mais essentiellement temporaire ;

5° Ils disparaissent généralement dans le sommeil.

Si nous comparons maintenant ces principaux caractères avec ceux que nous avons décrits dans le tic douloureux, nous voyons qu'il ne s'agit entre les deux ordres de tics réflexes — douloureux et non douloureux — que d'une question de degré : En effet :

1° Le tic réflexe non douloureux, comme le tic douloureux, est essentiellement fonction d'une irritation sensitive ; mais alors que dans l'un la sensation de douleur est portée au paroxysme, dans l'autre la sensibilité, quoique anormale et hyperexcitée, ne dépasse pas les sensations variées de simple picotement, de piqûre ou de cuisson légère, de gêne, de prurit, de chatouillement, etc. ;

2° Il en résulte que, comme dans le tic douloureux, le phénomène tic constitue un véritable *acte de défense* de l'individu contre la sensation désagréable qu'il éprouve ;

3° Si l'attention et surtout la volonté ont plus d'action frénatrice que dans le tic douloureux, si le sommeil n'est pas suspendu, c'est que les troubles de la sensibilité sont beaucoup moins accentués dans le tic non douloureux et, par suite, plus aisément modifiables.

Ces deux formes de tics sont donc de même ordre : il n'y a entre eux qu'une question de degré. Nous ferons remarquer toutefois :

1° Le tic réflexe non douloureux guérit généralement avec la disparition de la cause qui lui a donné naissance, alors que le tic douloureux, presque toujours d'origine centrale, est surtout chronique ;

2° Le tic réflexe non douloureux peut être bilatéral, les diverses causes qui le produisent pouvant siéger à la fois des deux côtés du visage ; mais il y a toujours un côté de la face qui tique

plus que l'autre, et surtout on remarque une *fixité* dans le siège du tic qu'on ne rencontre pas dans les tics bilatéraux qui sont les tics communs, bien connus des auteurs, et sur lesquels il nous paraît inutile de revenir aujourd'hui ;

3° Enfin, la cause disparue, le tic peut persister, mais il perd alors ses caractères de tic réflexe, il devient essentiellement *mobile* et présente tous les caractères des tics bilatéraux proprement dits que nous n'avons pas à étudier ici.

— II —

3° Tic organique non paralytique. — Avec cette forme de tics unilatéraux, nous entrons dans un nouvel ordre de faits. Le phénomène moteur passe au premier plan. « On doit distinguer les mouvements qui sont l'expression de la douleur, a écrit Charles Bell, de ceux qui sont spasmodiques et *qu'on ne peut maîtriser (incontrollable* [1]). »

Si, dans quelques cas, les malades éprouvent une sensation de tension ou d'engourdissement dans la partie affectée, c'est un phénomène secondaire, accessoire, le phénomène essentiel étant constitué par les contractions brusques des masses musculaires.

Voici quelle est la marche ordinaire de cette affection dont un grand nombre d'auteurs, en particulier Bell et ses élèves, de 1820 à 1830 [2], nous ont laissé une exacte description. Voir également les travaux de François (de Louvain), de Graves, de Romberg [3], de Gowers [4], et plus récemment de notre excellent confrère et ami Henry Meige [5].

Le sujet est pris de secousses brusques qui commencent ordinairement au niveau de la paupière inférieure, gagnent la supérieure, puis se généralisent peu à peu à tous les muscles du même côté de la face. Si, à cette période d'état, nous exami-

1. — Charles Bell : *The nervous system of the human body.* London, édition 1830. Voir en particulier l'Observation XLIII.

2. — Charles Bell : *Loc. cit.* V. en particulier l'Observation LXXII.

3. — Romberg : *Lehrb. der Nervenkrankh. des Menschen,* 2e édition, 1851, deuxième partie, p. 22.

4. — Gowers : *A manual of diseases of the nervous system.* Vol. II, pp. 228-237.

5. — Meige : *Le spasme facial.* " In Revue Neurologique ", 30 octobre 1903.

nons le tic de près, nous constatons que les mouvements cloniques se font en plusieurs temps ; nous voyons les contractions gagner de proche en proche les différents groupes musculaires de la face, et dans l'ordre où ils ont été pris successivement : c'est la représentation en quelques secondes des phénomènes qui ont mis plusieurs semaines et plusieurs mois à se développer. Analysons-les.

Sur un visage aux côtés parfaitement symétriques apparaissent soudain, au niveau d'une paupière inférieure, une série de secousses tellement rapides qu'on dirait un tremblement de l'orbiculaire inférieur ; puis la paupière supérieure vibre à son tour, l'œil cligne, une larme tombe parfois : c'est le premier temps.

Aussitôt, sans arrêt, les autres muscles du même côté de la face entrent en action : la commissure labiale et l'aile du nez sont comme tirées vers l'oreille, la joue se contracte, le sourcil se fronce, le frontal se plisse, le pavillon auriculaire s'élève ou se rabat rapidement en arrière, le menton se dévie, la bouche est comme tordue ; parfois la contraction clonique se propage à la luette (Schütz), le peaucier du même côté dessine de saillants reliefs, l'os hyoïde se déplace convulsivement (Graves), l'oreille bourdonne. Et tout cela ne s'effectue pas d'un seul coup, mais par bonds successifs, dans un ordre qui varie avec chaque malade et suivant l'intensité de l'affection. Enfin, arrivée à son paroxysme, la contraction demeure ainsi quelques secondes, puis cesse brusquement, et tout rentre dans l'ordre : le deuxième temps est terminé.

Ces contractions successives reviennent toutes les dix minutes, tous les quarts d'heure, dix, vingt, trente fois par jour ; mais elles peuvent se montrer plus fréquentes encore, arrivent à se reproduire plusieurs fois par minute ; les crises deviennent subintrantes et, à mesure qu'elles augmentent en nombre, l'hémiface conserve de plus en plus longtemps l'empreinte grimaçante, au point que la contraction musculaire peut atteindre jusqu'à dix et quinze secondes de durée ; mais, même sur ce fond tonique, apparaissent de ci de là, fugitives et rapides, quelques ondulations fibrillaires : c'est le troisième temps.

Dans l'intervalle des crises, la physionomie demeure intacte, même pendant l'exécution des actes divers susceptibles de

mettre en action les muscles du visage : mastication, parole, rire, etc.

Les principaux caractères de cette forme unilatérale de tics sont les suivants :

1° Le début souvent brusque, la marche progressive en plusieurs temps et par bonds successifs, la longue durée ;

2° Le manque d'influence ou tout au moins l'influence douteuse des mouvements variés de la face dans la parole, la respiration, la mastication, l'acte de se moucher, le rire, le pleurer, etc., pour provoquer les tics ou les modérer, quand ils ont commencé à se manifester ;

3° Les chocs émotionnels n'ont guère davantage d'action, comme l'a bien montré François dans une observation déjà ancienne ; il en est de même de l'attention du sujet ou de ses efforts de volonté qui sont absolument inefficaces pour réfréner les tics ;

4° Fréquemment, enfin, le tic *persiste dans le sommeil :* c'est un caractère tout à fait remarquable qui a été noté depuis assez longtemps par Graves en 1841, François en 1843 et, plus récemment par nous-même, ainsi que par Meige et Feindel. Ce caractère consiste dans la continuation, avec moins de fréquence et d'intensité, du tic existant à l'état de veille : il ne faut pas le confondre avec ces tics très particuliers qui *n'existent que dans le sommeil,* sur lesquels nous avons dernièrement appelé l'attention et dont nous n'avons pas à nous occuper ici[1].

4° Le tic paralytique. — Le tic paralytique est un des plus anciennement connus. Il suffit de lire les relations des vieux auteurs depuis les temps les plus reculés pour se rendre compte que le σπασμός κυνικός des Grecs, le *raptus caninus* des Latins ou le *tortura oris* des médecins du moyen-âge s'accompagnaient dans bien des cas de cette forme de tic. Mais il faut arriver aux travaux de Marshall Hall[2], en 1841, pour en trouver une description complète sous le nom de *tic spasmodique* qui, depuis, a été partout reproduite.

1. — R. Cruchet : *Sur un cas de tic de la tête et du tronc n'existant que pendant le sommeil.* Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 20 mai 1904 ; *in Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux,* 13 juillet 1904.

2. — Marshall Hall : *On the dieasses and derangements of the nervous system.* London, 1841, pp. 342-346 ; avec figures.

Le tic est généralement secondaire à la paralysie faciale *périphérique* dont il constitue soit un signe avant-coureur de la contracture, soit une réaction particulière des muscles paralysés ; mais il peut être aussi le début de cette paralysie, comme nous l'indique nettement dès 1830 certaines observations de Charles Bell. Enfin, plus rarement, on le rencontre dans la paralysie faciale d'origine *centrale* et c'est presque toujours alors dans l'hémiplégie infantile.

Au début, on constate de petites secousses cloniques au niveau d'une commissure qui s'élève brusquement, à intervalles irréguliers, tandis que cligne l'œil du même côté. Les phénomènes cliniques peuvent en rester là : c'est le cas ordinaire ; quelquefois tous les muscles de l'hémiface sont pris successivement et, finalement, tout un côté du visage se contracte et grimace.

Dans cette forme de tic unilatéral :

1° Le tic peut se produire spontanément à l'état de veille, mais il est presque toujours provoqué et nettement exagéré par tous les mouvements qui mettent en jeu les muscles du visage : parler, renifler, respirer, froncer les sourcils, siffler, faire la moue, mastiquer, rire, pleurer, etc. ;

2° Toutes les émotions morales ainsi que les excitations extérieures, comme la lumière ou le froid, ont un effet analogue ;

3° Les mouvements du tic ne sont nullement influencés par l'attention ou les efforts de volonté ; ils sont même susceptibles, quand ils sont légers, de ne pas être perçus par le sujet ;

4° Le tic disparaît généralement dans le sommeil.

Les rapports qui unissent entre eux les deux genres de tic organique que nous venons d'étudier sont de deux ordres principaux :

1° Dans l'un et l'autre cas, l'irritation ou l'altération originelles portent directement sur la voie motrice, et particulièrement sur le tronc du facial et ses branches ou sur les muscles faciaux eux-mêmes.

Pour divers auteurs, il n'y aurait qu'une différence de degré entre le phénomène convulsif et la paralysie : « La portion dure du nerf facial, a dit Charles Bell, est très sujette à des modifications entraînant soit de la paralysie partielle, soit de

fréquents et spasmodiques tiraillements au niveau de la face[1]. » Et Debrou, reprenant la question, a écrit en 1864 : « Il n'est pas plus étonnant de voir l'action de ce nerf (facial) exagérée ou pervertie que de la voir supprimée comme elle l'est dans la paralysie. Un certain degré de compression ou d'altération du tronc de la septième paire amènera l'hémiplégie, et un autre degré donnera lieu aux mouvements du tic. Les observations de M. Duchenne prouvent que la seconde maladie succède à la première, et Marshall Hall avait déjà établi cette transformation ou cette succession dès 1841. » ;

2° Au point de vue pratique, il est bon de noter que dans l'un et l'autre cas, rien ne peut empêcher le tic de se produire : ni l'attention, ni les mouvements gymnastiques ou autres, ni le décubitus ; et la volonté du sujet, aussi énergique qu'il soit, est incapable de le réfréner.

— III —

5° Tic professionnel. — Certains muscles, en particulier les orbiculaires, se contractent exagérément dans certaines professions, horloger, micrographe, graveur, histologiste, etc. Il arrive un moment où, chez quelques-uns de ces professionnels, l'œil cligne presque continuellement, constituant ce qu'on a désigné sous le nom de tic de l'horloger, du graveur, du bactériologiste, etc. C'est un premier stade de l'affection qui peut demeurer stationnaire, mais assez fréquemment les muscles voisins présentent à leur tour de petits mouvements cloniques et, au bout d'un certain temps, toute la face du même côté finit par grimacer.

Arrivé à ce degré extrême, les caractères du tic tiennent plutôt du tic paralytique ; en particulier, il est facile de constater qu'il est nettement exagéré par tous les mouvements de la face en général.

En réalité, il doit plutôt rentrer, selon nous, dans le cadre des « spasmes fonctionnels », si bien décrits par Duchenne de Boulogne, c'est-à-dire de ces spasmes à contractions souvent

1. — *Loc. cit.*, p. 161, mém. de 1822.

cloniques, provoqués par l'exercice d'une fonction musculaire, et dont le type le plus connu est la crampe des écrivains.

Mais les fonctions du visage ne peuvent se comparer à celles de la main. En effet, si la main n'écrit pas, la crampe ne se produit pas et la crampe ne se produira pas dans l'exercice des autres fonctions de la main et du bras qui sont essentiellement différentes de la fonction d'écrire.

Il n'en est pas de même dans le visage, où des mouvements identiques correspondent à des fonctions différentes. Les paupières ne se ferment pas seulement pour examiner une montre à la loupe ou une préparation au microscope : l'attention, le froncement des sourcils, l'action de la lumière, sans compter le clignement physiologique nécessaire pour humecter la conjonctive, toutes ces causes sollicitent les paupières à battre continuellement ; il en résulte que le repos nécessaire et facile, au niveau de la main, est impossible ici ; par suite, les phénomènes convulsifs ne font que s'exagérer et on peut se demander si les troubles musculaires — fonctionnels d'abord — ne deviennent pas à la longue véritablement organiques.

CONCLUSIONS

Parmi les tics en général, on le voit, les tics unilatéraux de la face occupent une place à part.

Le grand point qu'on doit mettre en relief, c'est que les mêmes contractions musculaires de la face, offrant pour l'observateur un aspect clinique identique, correspondent cependant aux fonctions les plus diverses.

Entre un clignement, par exemple, provoqué par un corps étranger, une conjonctive légère, une lumière vive, un clignement d'ordre professionnel et un clignement dû à des troubles musculaires des orbiculaires, comme dans la paralysie faciale, quelle différence objective y a-t-il entre ces divers clignements ? Ne sont-ils pas sensiblement comparables ? D'autant que le malade répondra, même dans le cas de paralysie, que c'est « l'œil qui lui tire » et qu'il ne peut s'empêcher de le fermer.

Et ce fait a une grosse importance. Voici pourquoi : un des caractères essentiels du tic en général sur lequel les auteurs

sont généralement d'accord, c'est que le ou les mouvements du tic représentent un acte déterminé.

Or, précisément dans les tics de la face en général et unilatéraux en particulier, pour les raisons énoncées plus haut, ce caractère différentiel n'est guère spécifique, étant donné que la plupart des mouvements de la face peuvent paraître coordonnés vers l'accomplissement d'un acte déterminé quelconque, alors qu'il n'en est absolument rien.

Mais, malgré l'absence de ce caractère différenciel, il nous semble que les diverses formes cliniques des tics unilatéraux de la face, avec les caractères que nous leur avons assignés, se reconnaîtront aisément.

M. Henry MEIGE, *de Paris.* — Avec le constant désir d'arriver à m'entendre avec mon excellent adversaire et ami, M. Cruchet, je tiens à revenir encore sur la question des tics, notre déjà ancien et d'ailleurs unique différend. Car je ne regrette pas seulement que M. Cruchet ne puisse se résoudre à accepter la distinction établie par M. Brissaud entre les tics et les spasmes. Je suis plus surpris encore aujourd'hui en l'entendant englober sous la dénomination des *tics* des accidents qui, par tout le monde, sont qualifiés de *spasmodiques*. En étendant ainsi indéfiniment le domaine des tics, on s'expose à détruire leur individualité clinique et à confondre entre eux des accidents qui, par leur étiologie, leur symptomatologie, leur évolution, leur pronostic et leur traitement ont été, depuis longtemps déjà, différenciés les uns des autres, et à juste titre.

Pour éviter toute équivoque dans ma réponse, je n'emploierai qu'entre parenthèses les mots de *tic* et de *spasme,* dans le sens qu'on leur attribue généralement avec M. Brissaud. Le terme banal de « mouvements nerveux » qui n'appartient à aucune doctrine supprimera, je l'espère, toute confusion de langage.

M. Cruchet vient d'énumérer plusieurs espèces de « mouvements nerveux » qui s'observent à la face. Les divisions qu'il a établies montrent bien qu'il a reconnu lui-même la nécessité d'opérer entre eux des distinctions. Mais était-il nécessaire, est-il même permis d'ajouter l'étiquette de *tic* à tous ces « mouvements nerveux » ?

Voici d'abord le *tic douloureux,* dont le syndrome clinique est tellement caractéristique que, malgré cette dénomination,

tous les auteurs lui ont assigné un chapitre nosographique spécial. Qu'on le considère comme un *acte de défense* contre la douleur, je le veux bien ; mais en l'assimilant alors au mouvement de la jambe de la grenouille décapitée qui se détend, quand on pique sa patte. C'est au premier chef un acte réflexe simple, automatique, irrésistible, se produisant dans un territoire périphérique anatomiquement défini, sans aucune intervention de la volonté consciente, d'ailleurs impuissante à le réfréner, dans l'immense majorité des cas. (Pour nous, c'est le type du *spasme,* produit par l'irritation d'un nerf centripète.)

M. Cruchet parle ensuite d'un tic réflexe *non douloureux.* Nous comprenons ce qu'il veut dire, bien qu'il ajoute que ce tic est consécutif à une irritation sensitive *(piqûre, cuisson,* etc.). C'est qu'en effet, comme dans le cas précédent, le « mouvement nerveux » est souvent au début une réponse uniforme, irrésistible, involontaire, inconsciente à l'excitation très passagère d'une voie douloureuse. (Exemple : l'escarbille sous la paupière.) Mais la cause irritante disparaît vite, et cependant le mouvement nerveux persiste. Eh bien ! ce « mouvement nerveux » qui ne répond plus à aucune incitation douloureuse, doit-on le confondre avec le précédent ? M. Cruchet dit : oui. Et je lui réponds : non. Car, si la pathogénie semble lui donner raison, la clinique ne peut pas ne pas établir une différence entre le « mouvement nerveux » que provoque une excitation douloureuse et celui qui se répète sans cause, sans douleur, sans but. (Pour nous, le premier est un *spasme,* le second un *tic,* un tic né d'un spasme ; maintes fois nous nous sommes expliqué sur cette pathogénie.)

J'ajoute que la douleur n'est pas la seule donnée clinique qui autorise notre distinction. Il existe des *différences objectives* que nous avons plusieurs fois indiquées ; l'action frénatrice efficace des interventions corticales est encore un élément de diagnostic.

Et puis, parmi ces « mouvements nerveux » *non douloureux,* il en est d'autres, — et très fréquents, — que M. Cruchet passe sous silence, qui ne succèdent pas à une excitation douloureuse : simples grimaces, caprices musculaires engendrés par une idée fantaisiste, mauvaises habitudes motrices, petites bizarreries fonctionnelles, ces « mouvements nerveux », par leur localisation et leur forme variables, par leur évolution capricieuse, par

leur facile curabilité, ne méritent-ils pas d'être franchement différenciés des réactions motrices uniformes, irrésistibles et tenaces signalées dans les cas précédents? (Ce sont ceux-là que nous appelons des *tics,* avec tout le monde.)

Sous le nom de *tic organique non paralytique,* M. Cruchet décrit une autre variété de « mouvements nerveux » fréquente surtout à la face, et dont il veut bien rappeler que j'ai parlé l'an dernier au Congrès de Bruxelles. J'ai insisté en effet tout spécialement sur les *particularités objectives :* les décharges, les phénomènes tétaniformes, l'aspect de « contracture frémissante », la localisation de ces actes convulsifs à des parcelles de muscles successivement atteintes et toujours dans un même territoire anatomique nerveux, l'absence de douleur, l'inefficacité presque absolue des efforts volontaires et des gestes protecteurs sur le phénomène convulsif, la persistance souvent notée pendant le sommeil.

N'est-ce pas là une espèce de « mouvement nerveux » qui doit être différenciée des précédentes, non pas seulement par sa pathogénie, mais surtout par ses manifestations cliniques, et aussi par son évolution, sa rétivité aux interventions psychothérapiques? (Nous lui avons conservé le nom de *spasme,* sous lequel elle est connue depuis de longues années, spasme par irritation d'un centre ou d'un conducteur centrifuge.)

M. Cruchet va plus loin. Il crée un *tic paralytique* en remplacement du *tic spasmodique* de Marshall Hall. Soit dit en passant, ce changement de qualificatif ne paraît guère fait pour éclaircir la question. Dans l'espèce, il s'agit de « mouvements nerveux » consécutifs à certaines paralysies faciales. Cliniquement, rien de plus exact. Mais nous sommes ici dans un chapitre bien délimité et bien connu : celui de la paralysie faciale. Laissons donc à celles-ci ses formes, ses complications, avec leurs dénominations usuelles. (Nous disons en pareil cas qu'il s'agit d'une hémiplégie faciale *spasmodique,* comme nous disons : paraplégie spasmodique.)

Enfin M. Cruchet parle de *tics professionnels.* Ici, j'ai le plaisir d'être complètement d'accord avec lui. La répétition d'un même acte, qu'il soit professionnel ou non, est certainement une des principales causes de l'apparition de « mouvements nerveux ». On retrouve la *répétition* comme condition essentielle de toutes

nos fonctions. On la retrouve également à l'origine des troubles fonctionnels. Et je partage encore l'avis de M. Cruchet lorsqu'il dit que certains troubles, purement fonctionnels au début, peuvent déterminer, à la longue, des désordres organiques. La loi de l'action et de la réaction est applicable aux phénomènes biologiques.

En somme, les divisions proposées par M. Cruchet correspondent bien à des catégories différentes de « mouvements nerveux ». On les connaissait du reste sous les noms de « tic douloureux », « tic non douloureux », « spasme facial », « paralysie faciale spasmodique », « crampes professionnelles ». Je ne tiens pas à ces mots, mais je maintiens qu'il existe entre ces différents « mouvements nerveux » des *différences étiologiques, pathogéniques* et, surtout, des *différences cliniques, objectives*, et aussi des *différences pronostiques*, dont la netteté et la constance commandent une sélection nosographique beaucoup plus tranchée que ne le propose M. Cruchet. Ce ne sont pas des *formes* d'un même groupe, ce ne sont pas des *symptômes* offrant entre eux plus ou moins de variations. Ces « mouvements nerveux » correspondent à des *états morbides distincts*, caractérisés par leurs causes, leur nature, leurs manifestations, leur évolution, leur traitement.

M. Cruchet est trop bon clinicien pour ne pas voir le danger qu'il y aurait à leur prodiguer l'étiquette de *tic*.

M. BRISSAUD, *de Paris.* — Si, au lieu de restreindre peu à peu la signification du mot *tic*, on l'élargissait chaque jour davantage, comme le fait M. Cruchet, ce mot n'aurait bientôt plus aucune raison d'être en pathologie.

N'oublions pas que les progrès de la science se manifestent par la restriction progressive du sens des mots déjà existants, et non pas par extension successive.

Dans les premières leçons de Charcot, la paralysie agitante et la sclérose en plaques sont précédées d'un chapitre intitulé : *Du tremblement en général*. Ne fut-ce pas un important progrès que de différencier les caractères du tremblement dans les deux maladies, et d'arriver à pouvoir les distinguer l'une de l'autre par les différences cliniques de ce seul phénomène ? Ne peut-il pas,ne doit-il pas en être de même des « secousses musculaires » ?

C'est par une analyse clinique attentive que nous sommes parvenus à distinguer aujourd'hui celles qui appartiennent, soit au tic, soit au spasme. Nés de causes différentes, ces « mouvements nerveux » ont des caractères objectifs différents. La grimace du tic de la face ne peut se confondre avec la décharge du spasme facial. Telle est la vérité *clinique.*

Et pourquoi ne pas admettre l'intervention corticale dans la genèse des tics ? Les noyaux du facial ou du trijumeau n'ont-ils pas des connexions permanentes avec l'écorce ? N'y a-t-il donc plus d'actes moteurs que cette dernière puisse directement commander ? Si vraiment. Et même il en existe une infinité ; aussi voyons-nous une infinie variété de ces « mouvements nerveux » d'origine corticale auxquels nous persistons à donner le nom de *tics.* Leur diversité, leur variabilité sont la signature de cette origine.

Au contraire, les *spasmes* faciaux, obéissant à la loi uniforme des actes réflexes, se présentent dans un même territoire anatomique, avec un aspect clinique qui ne peut pas ne pas être toujours le même.

L'individualité clinique du spasme facial est aujourd'hui pour moi d'une telle évidence que je n'hésite pas à faire à ce propos un *mea culpa.* J'ai signé autrefois, avec M. Pierre Marie, un article excellent (il est en entier de la main de Pierre Marie), intitulé : *Hémispasme glosso-labié,* c'était le terme usité alors pour désigner un accident hystérique bien connu. Nul mouvement nerveux ne méritait moins ce nom de spasme. On y voit coopérer des muscles qui reçoivent leur innervation non seulement du facial, mais de l'hypoglosse et des nerfs moteurs de l'œil : association fonctionnelle et non pas anatomique. Ce n'est qu'une grimace, un tic, dont l'origine corticale ne saurait être contestée. Ce tic tonique est purement hystérique. Niera-t-on que l'hystérie soit une psycho-névrose ?

Nous continuerons donc à distinguer les *tics* des *spasmes,* en nous appuyant sur la seule clinique. Et, en restant sur ce seul terrain-là, il me paraît impossible que nous n'arrivions pas, M. Pitres et M. Cruchet d'une part, M. Meige et moi de l'autre, à une entente qui n'est pas seulement désirable, mais nécessaire.

M. TISSIÉ cite le cas d'un jeune malade qu'il a guéri en s'adressant surtout à ses centres psychiques par la suggestion à l'état de veille, et par une gymnastique respiratoire thérapeutiquement appliquée par lui-même.

M. A. CULLERRE, *Médecin-Directeur de l'Asile des aliénés de La Roche-sur-Yon (Vendée).*

Des rétractions musculaires et de l'amyotrophie consécutives aux contractures et aux attitudes stéréotypées dans les psychoses. — Dans les psychoses à base de stupeur et de confusion mentale, on observe couramment des phénomènes musculaires spasmodiques, roideurs, contractures, attitudes stéréotypées, qui peuvent durer des semaines, des mois, voire même des années, et entraîner, dans les muscles intéressés, des troubles trophiques plus ou moins graves qui, à ma connaissance, n'ont pas encore été signalés. Je rapporterai ici quelques faits de ce genre qu'il m'a été donné d'observer.



Dans les cas de stupeur catatonique, les muscles intéressés sont à peu près exclusivement ceux des membres supérieurs, les plus intellectuels, les plus appelés à traduire la profonde perturbation des régions corticales dévolues à l'exercice de la volonté et de l'intelligence. Dans les cas de démence avec attitudes stéréotypées, d'autres muscles peuvent être atteints.

Le plus souvent, ces contractures disparaissent d'elles-mêmes, en même temps que l'état mental se modifie. Dans quelques cas elles se reproduisent à plusieurs reprises, soulignant un retour

agressif de la stupeur et de la confusion des idées. Enfin, dans un petit nombre de cas, ces contractures deviennent permanentes et finissent par entraîner des modifications définitives et incurables.

Observation I. — Le premier cas que j'aie observé et sur lequel j'aie conservé quelques notes, remonte à l'année 1874, et concerne une jeune femme de 31 ans, sans antécédents héréditaires signalés, déséquilibrée et bizarre depuis neuf ans, à la suite de la mort violente de sa petite fille, noyée sous ses yeux, qui fut prise sans cause connue de stupeur mélancolique avec délire hypocondriaque. A cette phase de dépression succéda une période d'agitation violente avec délire confus, accidents cataleptiformes, troubles vaso-moteurs et circulatoires, stupidité, crises subites de fureur avec impulsions d'une violence inouïe et extrêmement dangereuses qui nécessitèrent l'application fréquente de la camisole selon les habitudes alors en usage et autorisées par le chef de service dont j'étais le subordonné. La malade en prit une attitude stéréotypée qu'elle conservait même dans les périodes où on lui laissait la liberté de ses bras. Il en résulta une rigidité continue des membres supérieurs amaigris en totalité, les bras étant collés au corps, les avant-bras fléchis à angle droit, les doigts dans une demi-flexion habituelle.

Peu à peu, la contracture devint permanente et deux ans après l'internement, l'infirmité semblait constituée. Ayant quitté l'établissement, j'ai perdu cette malade de vue.

Il s'agit ici d'une attitude stéréotypée chez une démente précoce, attitude ayant provoqué à la longue des troubles trophiques des muscles, de la contracture et des rétractions tendineuses. J'avais supposé à cette époque que l'emploi inconsidéré et abusif de la camisole était la cause unique de cette lésion, mais l'observation de faits nouveaux du même ordre survenus sans cause provocatrice extérieure m'a fait revenir sur cette opinion.

Observation II. — V... femme G..., 28 ans, mariée depuis quatre ans. Elle a un enfant de trois ans qu'elle a nourri dix-huit mois et aussitôt après un second qu'elle allaitait depuis trois mois quand peu à peu ses seins se sont taris et son intelligence a commencé à se troubler. Après une période de dépression hypocondriaque de trois mois éclate une violente agitation maniaque qui nécessite son admission à l'Asile le 13 février 1889.

A cette période d'agitation succéda, au bout de six semaines, un état de stupeur subaiguë avec confusion mentale profonde, tendances cataleptoïdes, sialorrhée, rigidité musculaire des membres supérieurs. Lorsqu'on fait mouvoir ces membres, on éprouve une résistance mar-

quée, et ils conservent l'attitude qu'on leur donne; les fléchisseurs de l'avant-bras droit et de la main sont le siège d'une contracture particulièrement intense : le médius, l'annulaire et l'auriculaire fortement fléchis dans le creux de la main, y ont provoqué des excoriations nettement marquées. L'activité mentale est très restreinte, il y a du gâtisme.

Retirée par sa famille dans un état d'amélioration assez marqué en juillet. Elle a néanmoins conservé une contracture des trois derniers doigts de la main droite. Elle est ramenée en novembre en proie à un violent délire avec hallucinations, idées puériles de persécution et tentative d'incendie. L'intelligence est nettement affaiblie, la mémoire paresseuse, les réponses lentes et embarrassées, l'attitude débraillée. On examine la main et on constate que la contracture dont elle était le siège a en partie disparu. Cependant les deux derniers doigts conservent un certain degré de flexion et ne peuvent être complètement étendus, en raison sans doute d'une rétraction musculaire qui paraît définitive. La malade raconte que sa main s'est subitement ouverte il y a un mois, pendant qu'elle lavait la vaisselle. L'hystérie ne paraît cependant pas en cause car, à part une légère hypoalgésie généralisée et explicable par l'obtusion mentale, on ne trouve aucun stigmate de cette affection. Il n'y a, notamment, ni rétrécissement du champ visuel, ni dyschromatopsie.

La malade est tombée peu à peu dans la démence agitée avec gâtisme.

En janvier 1890 on constate chez elle un nouveau trouble moteur de forme spasmodique : tout à coup une contraction brusque et latérale des muscles du cou amène la face dans la direction de l'une ou de l'autre épaule, puis la tête reprend sa position normale.

Au mois d'octobre, le tic a disparu, la dépression a fait de nouveau place à l'agitation avec logorrhée incoercible. Finalement, la malade succombe dans l'épuisement le plus profond à une crise de délire aigu le 22 février 1891.

Il s'agit encore d'un cas de démence précoce. Le point de départ de la contracture et des phénomènes dystrophiques semble être ici le syndrôme catatonique. A un moment donné, comme il arrive souvent, d'ailleurs, au cours de la catatonie, les contractures cessent brusquement, mais pendant l'état de rigidité musculaire prolongée, des rétractions tendineuses se sont formées qui semblent définitives et la malade ne peut plus étendre les deux derniers doigts de la main droite.

A noter le tic de la tête et du cou qui se développe à une période ultérieure de la maladie et qui montre bien la vulnérabilité du système musculaire chez cette malade.

Observation III. — Mme X..., 40 ans, admise le 28 janvier 1901, est une femme d'apparence frêle, portant des cicatrices de scrofule, d'une constitution délicate, un peu valétudinaire, pour qui on a craint de tout temps la tuberculose pulmonaire. Elle n'a cependant jamais fait de graves maladies. Mariée depuis 19 ans, elle n'a pas eu de grossesse, quoique régulièrement menstruée. Son père est mort d'apoplexie vers 60 ans; sa mère névropathe, morte depuis longtemps, a présenté des troubles intellectuels. Elle a une sœur originale, et un frère dégénéré, instable.

Depuis quelques semaines, les personnes qui la voyaient remarquaient en elle certaines bizarreries, des distractions insolites, des préoccupations religieuses étrangères à son caractère habituel. Peu à peu elle se mit à manifester des idées délirantes de culpabilité, eut de l'insomnie, des hallucinations terrifiantes, des impulsions au suicide. A la suite du refus systématique d'aliments, elle tomba dans un état de faiblesse générale qui décida sa famille à la placer à l'établissement.

A l'entrée on constate un trouble aigu de l'intelligence caractérisé par une confusion profonde des idées avec hallucinations et des alternatives de stupeur avec gâtisme et d'agitation avec impulsions au suicide. A certains moments elle manifeste confusément quelques idées délirantes de culpabilité et de persécution se rapportant toutes à son mari, qu'elle veut sauver et pour qui elle doit subir des épreuves terribles. Puis la stupidité s'accentue, le refus d'aliments devient total et pendant plusieurs semaines il faut l'alimenter à la sonde et soutenir les forces par des injections quotidiennes de sérum.

Au quatrième mois de la maladie, elle est victime d'un grave accident. Laissée seule un instant dans la chambre où elle était alitée, elle se leva, s'approcha de la cheminée et mit, on ne sait comment, le feu à sa chemise. Il en résulta des brûlures étendues sur les cuisses, le ventre, les seins et le visage ayant donné lieu à de larges ulcérations qui mirent trois mois à guérir. Pendant ce temps la stupeur persista sans modification notable, les manifestations délirantes étant rares et confuses. Durant cette période elle prit l'habitude de tenir les mains fermées, les doigts fortement fléchis dans la paume des mains. Pour obvier aux inconvénients possibles de cette attitude vicieuse, on chercha à lui tenir des bandes roulées dans les mains, mais elle opposa à ce moyen une résistance invincible car « il fallait qu'elle eut les mains fermées pour se préserver et pour que son mari fut sauvé ». Il en résulta à la longue une contracture permanente des fléchisseurs avec tendance à la rétraction des tendons. L'extension des doigts devint de plus en plus difficile au point que, quand elle sortit de l'Établissement, légèrement améliorée, le 31 décembre 1901, il y avait à la main droite une rétraction tendineuse avec contracture de l'annulaire et de l'auriculaire; les trois phalanges étant fléchies, la déflexion ne pouvait être opérée que partiellement. A la main gauche, contracture des trois derniers doigts, les deux premières phalanges seulement étant fléchies, comme dans la maladie de Dupuytren.

A peine rentrée au domicile conjugal, elle devient enceinte; puis les idées se troublent de nouveau, elle a des obsessions, toujours relatives à son mari, elle prend en aversion tout ce qui l'entoure, a des impulsions subites à giffler et frapper les serviteurs, manifeste une jalousie féroce, a des crises passagères de stupeur, refuse parfois la nourriture. Cependant la grossesse suit son cours et elle accouche sans accident d'un garçon bien constitué. Mais les troubles délirants s'accentuent, elle a des crises subites de terreurs, arrache son enfant des bras de la nourrice, le serre à l'étouffer, court aux fenêtres pour se précipiter avec lui. On est obligé, le 4 décembre 1902, de la réintégrer à l'Établissement où l'on constate l'état mental suivant : légère excitation maniaque alternant avec de la stupeur, idées obsédantes de persécution ayant toutes trait à son mari et à son enfant : on veut prendre son fils, l'infirmière veut la tuer pour hériter d'elle et épouser son mari... on veut brûler son enfant... il ne faut pas qu'elle mange car ce serait cause de leur perte et après de multiples hésitations, elle rejette la bouchée fatale à demi ingérée. La viande surtout est refusée, parce que c'est la chair de son mari ou de son fils. Elle a des hallucinations de la vue, voit la figure des êtres aimés sur la tapisserie, dans les rideaux, au fond de son assiette, sur le parquet. L'érotisme qu'on nous a signalé avoir existé intensément lors de la rentrée de la malade dans sa famille se produit de nouveau et se mêle au délire. Parfois elle demande à se confesser parce qu'on l'accuse de vouloir épouser tous les hommes qu'elle voit.

Elle est complètement aboulique et ne peut accomplir seule aucun des actes de la vie ; elle ne souffre pas qu'aucun des objets de sa chambre soit changé de place. Il faut lui répéter, pour qu'elle consente à dormir : que son lit est bien pour elle ; qu'elle est bien à l'Établissement ; que M. X... est bien son mari ; que son fils est bien le fils de son mari, etc. Elle a aussi des phrases stéréotypées qu'elle ne manque pas de répéter dans des circonstances déterminées ; enfin, elle a conservé sa manie des pactes et tient toujours ses doigts fortement fléchis dans la paume des deux mains et résiste de toutes ses forces quand on cherche à les ouvrir, tel doigt étant destiné à préserver M. X..., tel autre son enfant, tel autre une autre personne, etc.

En ce qui concerne la sensibilité, tout au moins Mme X... ne présente pas de stigmate hystérique car nous n'avons jamais pu examiner la fonction visuelle.

L'infirmité définitive dont est atteinte cette malade et que l'on pourrait, n'était l'étiologie, qualifier de maladie de Dupuytren, s'est développée en deux phases : dans une première, les contractures du membre supérieur sont de pures attitudes catatoniques ; dans une seconde, c'est une attitude voulue, un acte de défense, en conséquence de certaines idées délirantes ; toutefois, il est probable que dès la première phase les rétractions

tendineuses des mains existaient, que les doigts ne pouvaient plus s'étendre entièrement et que c'est de cette circonstance même qu'est sorti l'acte de défense qui consiste à attacher une idée de malheur à l'ouverture complète des mains.

Pour expliquer la production du tissu fibreux rétracté chez certaines hystériques à contractures, Charcot a invoqué l'arthritisme. Cette explication, dans la circonstance présente, et bien que l'hystérie ne soit pas en cause, me paraîtrait plausible.

Observation IV. — F..., 17 ans, religieux novice, est admis le 25 mars 1896. La mère a eu, il y a quelques années, " des accès de folie ", et un oncle maternel est mort aliéné. C'est un garçon de taille moyenne, régulièrement conformé, sans stigmates de dégénérescence.

Depuis un mois environ on constatait chez lui des bizarreries, de la tristesse, une attitude pensive et inquiète, une certaine tendance à refuser la nourriture et des crises panophobiques avec mouvements de fuite. Sa famille attribue cet état à la fatigue cérébrale occasionnée par ses études.

A l'entrée, on constate un état de mélancolie avec confusion mentale, illusions, craintes vagues. Tantôt il demeure plongé dans une hébétude profonde, tantôt il a des crises d'agitation pendant lesquelles il se croit environné de gens mal intentionnés qui veulent lui faire expier ses fautes et lui ôter la vie.

Quinze jours après, on constate l'état suivant : « Dépression mélancolique avec délire religieux, anxiété, aboulie, impulsion à fuir, confusion générale des idées. »

Les mois suivants, on constate successivement des alternatives d'excitation incoercible et de demi-stupeur, de l'anxiété, des obsessions, des impulsions violentes, du mutisme, de l'obtusion.

En décembre, c'est-à-dire huit mois après le début de la maladie, il y a une certaine amélioration. Le malade, encore un peu obtus, va au travail.

L'année 1897 se passe en alternatives de calme avec lucidité relative et crises d'agitation avec retour de la confusion et de l'hébétude et agitation nocturne.

En 1898, le calme s'accentue, le malade travaille, mais l'intelligence paraît affaiblie ; il écrit souvent des lettres diffuses, solennelles, prétentieuses, composées de réminiscences religieuses et scolaires, sortes de devoirs de style avec des expressions bizarres et d'une incohérence partielle.

L'amélioration s'étant accentuée, il est retiré le 14 octobre.

Il est ramené au bout de cinq mois, le 13 mars 1899, dans l'état suivant : « De nouveau atteint de confusion mentale avec stupeur profonde, immobilité, refus d'aliments, gâtisme. »

Ultérieurement, on relève successivement les symptômes qui suivent :

« Dépression avec phénomènes catatoniques ; subagitation chronique avec obsessions et bizarreries ; tentatives répétées de pédérastie passive, allant se coucher dans le lit des autres malades et les excitant à ce vice ; obsessions ; refus partiel d'aliments, gâtisme intercurrent. »

En 1903, la démence paraît totale, le malade demeure dans une immobilité complète avec gâtisme. A partir du mois de juillet de cette même année, on remarque chez lui quelques phénomènes nouveaux : ce sont des attitudes forcées singulières. Pendant plusieurs semaines il se tient immobile, la tête baissée, le menton appuyé au sternum, le bras gauche collé le long du corps, l'avant-bras demi fléchi sur la poitrine, la main au niveau de l'aisselle droite. Il y a de la contracture de tous les muscles participant à cette attitude stéréotypée ; la main, en forme de griffe, ne peut être complètement étendue, l'avant-bras et le bras ne peuvent être entièrement allongés et les sterno-cléido-mastoïdiens ne se laissent pas entièrement défléchir.



Les mois suivants, on note quelques différences dans l'attitude stéréotypée ; parfois la contracture semble disparaître pour se reproduire à nouveau les jours suivants. A ces moments, l'hébétude est moins complète et le gâtisme est suspendu. Il n'y a pas de stigmates d'hystérie, et notamment pas d'anesthésie des régions contracturées. On ne constate qu'un peu d'obtusion de la sensibilité généralisée à tout le tégument. Si on cherche à faire expliquer au malade la raison de cette attitude, on ne peut rien en tirer sinon la répétition d'une phrase également stéréotypée : « Je tâche de me dégourdir. »

Peu à peu l'attitude est devenue permanente et des troubles trophiques se constatent facilement dans les parties atteintes. Voici, au 24 mai 1904, l'état mental étant resté le même, quels sont les résultats d'un examen physique attentif :

La tête est inclinée à gauche, l'oreille presque appuyée sur l'épaule. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien, siège de la contracture, est plus

amaigri que celui du côté opposé, sans être rétracté. Tout le côté gauche du corps est dans un état léger de contracture qui détermine une scoliose à concavité gauche que le malade peut corriger complètement quand il y est sollicité.



Les muscles de l'épaule sont atrophiés du même côté et l'omoplate se détache légèrement de la paroi costale.

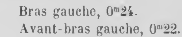
L'avant-bras ne peut s'étendre complètement sur le bras par suite d'une certaine rétraction du tendon du biceps.

Les éminences thénar et hypothénar de la main gauche sont aplaties et atrophiées ; les doigts ne peuvent s'allonger complètement, les premières et les secondes phalanges étant maintenues dans une demi-flexion par rétraction des muscles profonds de la main.

Au dynamomètre, la main droite donne 18, et la gauche 8 seulement.

La contractibilité faradique des muscles atteints est sensiblement diminuée.

La mensuration donne, pour les deux membres supérieurs, les différences suivantes :



Bras droit, $0^{m}25$.	Bras gauche, $0^{m}24$.
Avant-bras droit, $0^{m}23$.	Avant-bras gauche, $0^{m}22$.

Le réflexe tendineux du poignet est supprimé à gauche, alors qu'il est obtenu facilement à droite. Les réflexes patellaires et crémastériens sont normaux.

Chez ce dément précoce, il s'agit, comme on le voit, d'attitudes stéréotypées entraînant à la longue de la rigidité et de l'atrophie musculaires. Il n'y a encore aucune lésion définitive et, si l'état mental du malade s'y prête un peu, la guérison pourra être obtenue par un traitement approprié. Mais la période psychopathique actuelle peut durer indéfiniment et il peut se faire qu'à la longue il s'établisse des rétractions et des productions fibreuses définitives.

Ces faits sont intéressants en ce qu'ils constituent un lien nouveau entre la psychopathologie et la pathologie ordinaire. Ils ne sont pas, d'ailleurs, sans analogues dans cette dernière.

Tout d'abord, ces contractures et ces dystrophies musculaires habituellement curables mais pouvant, en se prolongeant, déterminer des désordres irrémédiables, font songer aux paralysies hystériques avec amyotrophie et parfois rétractions tendineuses lesquelles, assez rarement il est vrai, peuvent devenir définitives ainsi que l'ont montré Charcot et Babinski [1]. Mais bien que d'origine psychique, comme ces dernières, les phénomènes que nous étudions ne semblent pas appartenir à l'hystérie. Nous n'avons, en effet, malgré nos recherches, constaté chez aucun de nos malades les stigmates de cette névrose, et chez aucun on ne nous a signalé ces chocs mentaux et ces crises convulsives, préliminaires obligés de toute paralysie ou contracture hystérique.

Plus légitimement peut-être, peut-on rapprocher ces atrophies et rétractions musculaires des catatoniques et des déments, de celles que l'on observe à la suite de certains spasmes professionnels, celui des batteurs de beurre, celui des tourneurs de bouchons, d'après les exemples cités par M. Brissaud [2] où l'on voit certains muscles, inutilisés pour le travail à accomplir, mais néanmoins maintenus fortement fléchis en permanence, devenir peu à peu le siège d'atrophie et d'une rétraction définitive. Il s'agit, en somme, dans ces cas, ainsi que le fait remarquer l'auteur (et nous adoptons volontiers cette interprétation pour certaines de nos observations) d'une véritable maladie de Dupuytren, mais dont les conditions étiologiques habituelles sont modifiées, la cause n'étant plus une action extérieure plus ou moins brutale, mais une irritation permanente exclusivement intérieure. Les crampes professionnelles, le torticolis mental sont encore suivis parfois de déformations incurables de même nature.

Dans tous ces cas la pathogénie est uniforme : contraction répétée, contracture spasmodique, atrophie musculaire. C'est précisément le mécanisme que nous pouvons invoquer à propos

1. — J.-M. Charcot : *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I. — Babinski : *De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques*. (Archives de neurologie, 1886).

2. — Brissaud : *Société de neurologie*, 4 décembre 1902.

de nos observations. Chez les catatoniques, l'état panophobique s'accompagne d'abord d'une contraction active des membres supérieurs : le fait de crisper les doigts constitue une manifestation habituelle de l'état anxieux ; s'accrocher désespérément à quelqu'un, à un objet, à un meuble est un acte fréquent de la part des malades stupides. Cette contraction devient bientôt contracture permanente, et si cette dernière se prolonge un temps suffisant, l'atrophie musculaire et les rétractions s'ensuivent. Chez le dément, l'attitude stéréotypée n'est qu'une contraction d'abord volontaire de certains groupes musculaires devenue permanente par une sorte d'habitude morbide et entraînant à la longue les mêmes phénomènes.

M. BRISSAUD, *de Paris*. — Les faits signalés par M. Cullerre sont d'un très grand intérêt. Il n'est pas douteux en effet qu'un grand nombre d'accidents dystrophiques, attribués à tort à des lésions médullaires ou périphériques, soient au contraire des phénomènes intimement liés à certaines psychoses ; ils sont vraiment d'origine corticale. Ce diagnostic est d'une grande importance lorsqu'il s'agit d'expertises médico-légales, en particulier dans ce qu'on appelle les « accidents du travail ».

M. HENRY MEIGE, *de Paris*. — La connaissance de l'origine psychopathique de ces accidents est non moins importante au point de vue thérapeutique. Si le désordre mental n'est pas trop profond, une discipline psychomotrice appropriée peut donner d'heureux résultats.

MM. MABILLE et CAPGRAS, *de La Rochelle*, ont observé un cas de rétraction et de contracture de l'avant-bras chez un confus qui a guéri au bout d'un an. La contracture et l'atrophie ont guéri peu à peu. Ces faits existent chez les déments précoces.

M. DIDE, *de Rennes*, rappelle que Kraepelin a signalé des cas absolument analogues.

M. DENY, *de Paris*. — Sans méconnaître l'intérêt des faits que vient de rapporter M. Cullerre, qu'il me soit permis de rappeler que les états de tension, de rigidité musculaire avec les attitudes stéréotypées qui les accompagnent, lorsqu'ils se montrent

d'une façon persistante, sans relation avec les idées délirantes ou des troubles émotionnels, sont presque pathognomoniques de la catatonie de Kahlbaum. Quant à l'origine corticale de ces troubles musculaires, sur laquelle vient d'insister avec tant de raison M. Brissaud, c'est sur elle que s'est appuyé Kraepelin pour rattacher cette psychose à la démence précoce.

Dr SIZARET, *Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Rennes :*

Note sur le traitement de la crise d'épilepsie. — L'examen de l'épileptique en crise révèle bien souvent qu'il y a, sous l'influence convulsive, un degré parfois très prononcé d'occlusion de la trachée ; ce phénomène, privant le patient d'air respiratoire, a pu être considéré comme principal producteur de l'attaque ; mais tout en reconnaissant qu'il joue un certain rôle, nous devrons le placer au second plan, en faire un effet plutôt qu'une cause de l'accès. M. le Professeur Joffroy a assimilé par comparaison les effets de la pendaison à ceux de l'attaque épileptique, en raison des analogies présentées : morsure de la langue, convulsions, perte des urines, amnésie rétro-antérograde, etc. C'est l'interruption brusque de la nutrition de l'encéphale qui paraît en cause, comme pour les convulsions succédant aux grandes hémorrhagies auxquelles Paul Bert avait trouvé pour cause l'*anoxhémie.* En outre, l'accumulation d'acide carbonique dans le sang a une action excitante ; l'action toxique de l'oxyde de carbone amène également des phénomènes convulsifs.

M. le Dr Dide a eu, en 1898, l'idée de provoquer des convulsions en mettant des corps, puissants réducteurs chimiques (par exemple le sulfure d'ammonium et le bisulfite de soude) en contact avec les circonvolutions cérébrales. Des convulsions ont apparu ; puis, le nombre des globules a beaucoup augmenté en même temps que ceux-ci s'altéraient dans leur forme (aspect crénelé).

La connaissance de certaines des théories sur la pathogénie de l'épilepsie brièvement retracées plus haut, l'aspect d'asphyxie lamentable de l'épileptique en crise m'ont donné l'idée d'essayer un traitement de l'attaque.

Appelé précipitamment auprès de l'un de nos vieux pensionnaires âgé de 50 ans, à l'Asile depuis 1873, menacé d'asphyxie

au cours d'une crise violente faisant partie d'une série comme il en avait souvent, j'étais accompagné précisément du Dr Dide et de notre interne, M. Durocher. Le malade était étendu chez lui, les liens des vêtements parfaitement desserrés, la figure violacée, la bouche et le nez souillés ou remplis de bave, les yeux vitreux, le pouls irrégulier, les extrémités froides, en état d'asphyxie imminente. Je fis immédiatement chercher un ballon d'oxygène et lui introduisis entre les lèvres la canule du tube ; à peine le robinet fut-il ouvert, à peine les inhalations activées par des pressions sur le ballon eurent-elles été commencées que le malade se ranima, les yeux reprirent l'aspect de la vie, le malade se mit sur son séant et chercha à frapper les gens qui l'entouraient : c'est un vieux dément, toujours désagréable et violent. Il fallut le maintenir soigneusement ; nous essayâmes de lui faire une saignée ; cela nous fut impossible tant il se débattait. La crise était bien arrêtée et ne reparut pas.

J'ai eu l'idée, à la suite de cet essai de l'oxygène, de traiter par des inhalations du même gaz des accès subintrants chez un malheureux enfant âgé de 13 ans, entré depuis 4 ans à l'Asile, idiot, sujet à des crises qui sont parfois très nombreuses (jusqu'à 200 par mois) ; les crises cessent de suite, le petit malade se calme et sa santé générale, bien précaire, paraît se maintenir.

Dans le service des femmes, plusieurs malades ont été également soumises aux inhalations d'oxygène pendant des crises menaçantes. Nos essais paraissent très encourageants et sont poursuivis attentivement.

Je puis en tous cas dire que l'emploi des inhalations d'oxygène (emploi qui, bien entendu, parait tout à fait inoffensif), fait rapidement cesser la crise d'épilepsie.

M. B. PAILHAS, *Médecin en chef de l'Asile des aliénés d'Albi.*

Contracture grippale observée chez de vieux déments. — Depuis deux ans chaque épidémie de grippe a arrêté mon attention sur une symptomatologie particulière à quelques-uns de nos vieux déments de l'Asile et consistant, dès l'invasion de la maladie, en une contracture plus ou moins généralisée.

La mort a été la terminaison des cas les plus accusés, et,

par deux fois, elle s'est produite dans les vingt-quatre heures.

La seule autopsie faite a révélé, à titre de lésion anatomopathologique concomitante, de la congestion des méninges et un léger piqueté de la surface du cortex.

Évidemment il ne s'agit là que d'un processus familier au génie grippal, celui que nous observons si communément dans la clientèle ordinaire sous la forme de cette roideur parfois intense qui, avec la céphalée et la rachialgie, marquent les principaux préludes neuropathiques de l'affection. Mais, chez le dément sénile, le terrain diffère et de telle sorte que la roideur emprunte aux conditions d'altération préalable des centres nerveux une disposition à transformer, par une réaction absolument insolite, des troubles habituellement légers et superficiels en des accidents d'une morphologie massive et d'une gravité parfois foudroyante.

M. Ernest DUPRÉ, *de Paris*. — Dans les cas de ce genre il existe presque toujours un certain degré de méningite qui rend compte du syndrome clinique observé (signe de Kernig, exagérations de réflexes, contractures).

M. A. MARIE, *Médecin en chef des Asiles de la Seine (Villejuif)*.

Les habitués des Asiles. — Dans sa chronique sur les aliénés en liberté, M. Ritti, en 1903, s'appuyant sur les crimes et délits commis hors l'Asile, avant ou après internement, réclamait comme mesure générale à tous les aliénés les séquestrations rapides et les sorties moins faciles.

J'ai, en réponse, préconisé comme mesure générale, l'hôpital psychiatrique d'observation avant internement, l'intervention judiciaire consécutive et l'*open door* sous toutes ses formes, y compris l'assistance familiale surveillée dans la plus large mesure ; mais je n'ai pas préconisé la colonisation familiale pour les aliénés criminels, comme semble l'indiquer M. Kéraval (pp. 62 et 102) de son rapport.

Au contraire, je préconise l'Asile spécial de sûreté, d'autant plus que je réclame les libertés nécessaires aux malades non dangereux, dont je persiste à croire le diagnostic possible. Ce contre quoi je m'élève, dans ma réponse à M. Ritti, c'est préci-

sément cette confusion de tous les aliénés en un seul bloc et en un seul Asile fermé, l'Asile Panacée de 1838.

On pourrait taxer d'enthousiasme juvénile et d'inexpérience ceux qui préconiseraient l'*open door* pour les aliénés criminels. Je proteste contre une telle confusion que rien, dans ce que j'ai écrit, ne permet de m'imputer.

Je profiterai de l'occasion pour développer mes idées concernant ces malades à traiter à part et qui actuellement empoisonnent nos Asiles, au plus grand préjudice du public, des assistés ordinaires et de tout le personnel.

Les efforts des médecins aliénistes depuis un siècle, ont arraché progressivement à la répression des catégories nombreuses d'individus désormais considérés comme malades, et partant irresponsables : des persécutés, des persécuteurs, des dégénérés, des raisonnants, des processifs, des paralytiques, etc., diagnostiqués à temps, ont ainsi pris la route de l'Asile sans passer par le stigmate du jugement et de la condamnation consécutive.

La statistique du nombre des aliénés reflète pour une part ces progrès de la science mentale, qui ne sont pas étrangers à l'augmentation progressive du contingent des Asiles.

Cependant, un certain nombre d'individus encore incarcérés pourraient encore bénéficier de mesures les faisant passer des prisons aux Asiles, si un examen psychique méthodique était pratiqué dans ces milieux.

Quoi qu'il en soit, nous voyons ainsi, au cours du siècle, des catégories importantes d'individus passer de la prison à l'Asile : 1° les uns avant jugement lorsqu'un examen médico-légal a permis de faire un diagnostic à temps ; les autres après jugement et incarcération, la folie étant reconnue après coup ; 2° une deuxième catégorie comprendrait les individus sains au moment de la condamnation, mais atteints de folie plus tard, alors que les précédents étaient des aliénés condamnés parce que méconnus par les tribunaux ; 3° une troisième catégorie de cas pourrait être ajoutée aux précédents, c'est celle de ces individus qui, placés une première fois à l'Asile en dehors de tout démêlé avec la justice, y prennent goût, en quelque sorte, à l'Assistance dont ils deviennent parasites, inoffensifs parfois, ou le plus souvent corrompus au contact des délinquants classés

irresponsables, de qui ils apprennent l'immunité particulière à laquelle ils peuvent prétendre désormais et dont ils peuvent ensuite abuser.

Au point de vue des établissements normaux d'assistance, le mélange de ces diverses catégories nouvelles d'assistés avec le contingent en vue duquel ils sont fondés, menace de les dénaturer dans leur but d'instruments thérapeutiques et d'hôpitaux de traitements de plus en plus ouverts. C'est pourquoi il y a lieu d'établir un Asile spécial.

Les criminels-aliénés ou condamnés consécutivement reconnus aliénés étaient jusqu'ici au nombre d'une centaine, réunis, au moins durant leur temps de peine, à l'Asile spécial de Gaillon ; après ce temps ils passaient du service pénitentiaire à celui de l'Assistance, et je les ai connus, réunis au nombre d'une soixantaine, à l'Asile de l'Eure, dont une section devenait en quelque sorte un diverticule de Gaillon.

Les militaires de la légion étrangère, seul corps de professionnels subsistant, formaient par leurs réformés, avant ou après Conseil de guerre, des délinquants militaires aliénés, d'un nombre à peu près équivalent, réunis à l'Asile de l'Allier où je les ai étudiés.

Cela fait déjà plus de 200 aliénés très particuliers pour qui les a observé de près ; leurs tendances agressives, leur indiscipline, leurs ruses et la simulation fréquemment mêlée aux réels troubles morbides, en font des sujets éminemment difficiles et dangereux pour tout leur entourage, compris les malades inoffensifs qu'ils maltraitent et terrorisent ainsi que le personnel.

La suppression du quartier pénitentiaire de Gaillon et des concentrations analogues des Asiles de Navarre, Sainte-Catherine, etc., ne saurait aboutir à la simple dissémination dans les Asiles ordinaires de ces sujets très spéciaux.

D'autre part, on va fermer avec raison la sûreté de Bicêtre, qui servait de lieu de placement pour les aliénés simples à tendances dangereuses, répondant jusqu'à un certain point à la qualification d'aliénés criminels par opposition aux précédents.

Nouvelle cause de mélange fâcheux ; ajoutons à toutes ces catégories les récidivistes des Asiles, malades à internements multiples, parasites volontaires ou sachant provoquer l'interne-

ment d'office par la menace et au besoin l'acte qu'ils savent impunissable par leurs internements réitérés.

Ici, il y a lieu de distinguer les parasites inoffensifs, véritables déclassés et débiles, relevant d'une Assistance permanente, telle que la colonisation agricole, et les vicieux difficiles, chez qui la folie coexiste avec le vice ou affecte des formes d'amoralité qui y confinent.

Ces derniers, au nombre de 150 hommes et 60 femmes pour la Seine, devraient être réunis avec les criminels aliénés et aliénés criminels précités, pour constituer un établissement à part, que le régime particulier et la discipline spéciale nécessaire justifient, non moins que la nécessité d'éviter aux autres uue promiscuité inacceptable.

Les parasites inoffensifs des Asiles sont parfois en même temps des parasites des prisons ; il est telle catégorie de récidivistes de la loi sur le vagabondage et la mendicité qui, à les regarder de près, se font arrêter sans jamais commettre des actes bien repréhensibles, juste assez pour être mis à l'abri dans les prisons ; la même cause, c'est-à-dire l'inadaptation sociale par infirmité ou débilité physique ou mentale, peut les faire devenir parasites des Asiles au lieu des prisons, ou bien alterner les divers modes de parasitisme par rapport aux multiples institutions de charité, de thérapeutique, de répression, etc.

Ce parasitisme accentue encore l'insociabilité en achevant d'atrophier ce qui pouvait subsister de facultés d'adaptation. Comme il y a une *Asylum dementia* ou atrophie des instincts sociaux par séjour prolongé aux Asiles, il peut y avoir un affaiblissement psychique spécial analogue, dû aux incarcérations répétées ou prolongées ; les mêmes cas, en fait, s'observent dans les deux milieux artificiels, et ces cas particuliers relèvent d'une assistance continue, distincte, à la fois des aliénés dangereux et des aliénés curables ordinaires.

Les délinquants aliénés et les aliénés dangereux compris ainsi que nous venons de les déterminer, sont des piliers d'Asiles, le plus souvent parce que, chroniques et dangereux, et parce que, même améliorés ou guéris, il pèse du chef de leur danger antérieur une présomption légitime qui influe sur leur maintien, surtout lorsqu'ils ont eu des rechutes antérieures.

L'inconvénient de leur nombre se complique de celui de leur maintien prolongé à l'Asile et il faudrait encore sanctionner plus étroitement leur maintien par une intervention extra-médicale (judiciaire autant que possible), qui couvre la responsabilité du médecin et complète la loi. (Ex. de Vacher sorti guéri, bien que homicide passionnel antérieur et devenu depuis éventreur de bergères.) Cette maintenue a lieu actuellement par l'autorité du médecin ou par l'autorité administrative qui peut ne pas donner suite à la sortie proposée par le médecin traitant. (Ex. de Mey, cité plus loin.)

A l'appui de ces vues nous reprendrons les catégories distinguées plus haut au sujet desquelles nous apporterons quelques observations complémentaires.

Au point de vue juridique propre, étant donné le sens où les juristes entendent le mot criminel, c'est-à-dire : « Individu ayant été reconnu coupable et responsable d'un acte qualifié « crime », nous n'avons que rarement à observer à l'Asile des malades de ce genre.

Au sens plus général, d'individus ayant commis des actes délictueux et venant des prisons, nous en avons souvent et de plus en plus fréquemment, depuis qu'il est question de créer à Villejuif une section spéciale d'aliénés difficiles.

Actuellement, nous en avons dans le service 13. Par genre de psychose, on peut les grouper comme suit :

1 Alcoolique (mendicité).
1 Mélancolique (mendicité).
1 Épileptique hémiplégique (contrebande d'allumettes).
1 Persécuté (homicide. Infraction à interdiction de séjour).
1 Dément précoce (mendicité).
1 Dégénéré hystérique (vagabondage).
2 Débiles (vagabondage).
5 Paralytiques généraux (vol, grivèlerie, outrage à la pudeur, menaces de mort, infraction à la police des chemins de fer).

Il était intéressant de reprendre la statistique générale des cas de ce genre, c'est-à-dire de tous les individus ayant encouru des condamnations variées et évacués ensuite des prisons sur l'Asile.

Nous avons pu faire cette recherche en ce qui concerne l'Asile de Villejuif depuis l'année 1896, soit huit années. En voici

le tableau récapitulatif qu'il serait intéressant de compléter avec une statistique semblable pour tous les autres services de la Seine :

MALADIES	Vagabondage.	Scandales et Elysée.	P. L. M. et refus de payer.	Vol.	Mendicité.	Coups.	Outrages à la pudeur.	Assassinat et Meurtre.			Outrages aux agents.	Bris de clôture.	Ivresse.	Expulsés.	Divers.	Totaux.
Paralysie générale......	6	»	4	23	4	2	»	»	»	»	»	1	1	1	2	44
Déments séniles et organiques..............	10	2	1	9	2	3	2	»	»	»	»	»	»	»	»	29
Alcooliques et intoxiqués	2	2	1	8	2	1	1	»	»	»	1	»	»	»	1	19
Épileptiques (névroses).	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	»	1	»	»	4
Débiles et imbéciles dégénérés.............	43	6	2	28	10	10	7	6	»	»	13	2	2	»	6	135
Excités maniaques	1	»	»	4	»	1	»	1	»	»	1	3	1	1	»	13
Mélancoliques..........	2	2	2	2	1	3	»	»	»	»	1	»	»	»	»	13
Persécutés............	4	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5
Déments précoces	10	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	10
Totaux.........	78	12	10	74	19	22	10	7	»	»	18	6	5	2	9	
															Total....................	272

N.-B. — La plupart des arrestations étaient motivées par plusieurs causes concomitantes. Nous n'avons porté chacun des cas que dans la colonne portant le titre du délit devant, d'après la loi, entraîner le plus de pénalité.

Nous avons groupé sous le titre délits divers ceux qui étaient isolés et répondaient à des catégories rares et spéciales (chantage, faux, infractions au code militaire, aux règlements municipaux sur l'ouverture des débits, dégradations des monuments publics, etc.).

Ce sont en principe les malades de ces diverses catégories de délinquants qui sont visés pour être isolés spécialement dans le projet de M. Dubief, où il est question d'Asile pour les aliénés dits criminels et les criminels aliénés.

L'appréciation de l'état mental d'un délinquant au moment de son jugement est le plus souvent livrée au seul soin des magistrats qui peuvent méconnaître l'aliéné sous le criminel, et le condamner, quitte à reconnaître plus tard son irresponsabilité. Ce mode d'appréciation établit souvent une confusion entre la catégorie d'aliénés criminels et celle de criminels aliénés, catégories que reconnaissent certains auteurs et que l'on voudrait voir plus sérieusement délimitées.

Les deux espèces d'aliénés différenciés par certains sous le nom d'aliénés criminels et de criminels aliénés ne sont souvent déterminées qu'au hasard des juridictions ; souvent on méconnaît le malade ; on en fait un délinquant d'abord, qu'on détermine aliéné après coup. Plus rarement on s'aperçoit d'emblée de l'état morbide et on épargne au malade la tare supplémentaire d'une condamnation inutile.

La distinction des aliénés criminels par opposition aux criminels aliénés est plus administrative que médicale.

La vraie distinction scientifique serait celle qui opposerait aux réactions dangereuses issues de la maladie initiale de leur auteur celles qui en seraient indépendantes.

Car il y a des individus dangereux parce qu'aliénés, et d'autres chez qui la criminalité coexiste avec la folie et en peut être indépendante.

Beaucoup de ceux qui sont dangereux parce qu'aliénés cessent de l'être une fois reconnus et soignés convenablement. Cette constatation est d'ordre médical, et un tel individu peut avoir été inculpé, condamné même, et passer ensuite à l'Asile ordinaire. Là, il peut être maintenu sans distinction par rapport aux autres malades si ses réactions dangereuses étaient en rapport avec des troubles morbides méconnus et atténués depuis, ce qui est le cas fréquent (Paralysie générale, etc.).

Dans un cas il nous a paru (en dehors de toute simulation) que la prédisposition avait, dans l'isolement cellulaire complet, engendré une bouffée délirante dégénérative chez un individu relativement normal au temps du délit et condamné comme tel.

Ce condamné, guéri de sa psychose, parut susceptible d'être de nouveau atteint si on l'eût ramené à la prison cellulaire ; aussi fut-il maintenu à l'Asile par mesure administrative durant plusieurs mois, bien que porté guéri et proposé sortant.

C'est un exemple de maintenue par mesure administrative assez fréquent ; il est donc permis de penser qu'il serait facile d'édicter des mesures spéciales de sorties pour les aliénés dangereux ou difficiles. Toutefois ces mesures devraient toujours être prises après avis des médecins, car elles peuvent être inutiles parfois, témoin le cas précité dont il me suffira de donner ici un extrait du dossier médical :

« Mey...., condamné à 13 mois de prison, le 5 juin 1902, pour mendicité en réunion. Passé de Fresnes au Dépôt le 10 juillet, reconnu délirant, mais passé au Pavillon de chirurgie pour panaris profond du pouce, opéré le 24 juillet et renvoyé à l'Asile de Villejuif le 7 août 1902.

« 22 septembre 1902.

» Monsieur le Préfet,

» J'ai l'honneur d'appeler votre bienveillante indulgence et votre sollicitude sur le nommé Mey... Arthur, en vue d'obtenir, s'il est possible, qu'il soit l'objet d'une mesure administrative permettant son renvoi à la frontière Belge.

» Cet homme a encouru une peine d'un an d'emprisonnement qu'il a commencé à subir en cellule. (Il peut je crois, de ce chef, obtenir remise du quart de la peine.) Devenu malade ensuite par troubles mentaux (mélancolie avec idées de persécution), il a présenté des complications morbides ayant entraîné une intervention chirurgicale sérieuse au Pavillon chirurgical de Sainte-Anne.

» Je ne puis le garder à l'Asile puisqu'il ne délire plus, et mon devoir de médecin fait que je dois faire toutes réserves concernant la rechute imminente au cas où il serait de nouveau emprisonné en cellule à Fresnes.

» Je propose qu'il soit de suite expulsé sur la frontière Belge pour rejoindre sa famille et éviter la réapparition de troubles mentaux.

» Veuillez agréer, Monsieur le Préfet, etc.

» Dr Marie. »

Le malade, malgré les certificats de non-délire de MM. Pactet et Marie, fut maintenu à l'Asile jusqu'à l'expiration de sa peine complète, sans remise du quart, c'est-à-dire jusqu'au 25 mars 1903, six mois après les propositions de sortie réitérées.

Outre les catégories précédentes, les Asiles renferment actuellement toute une série d'individus vicieux qui, par leur indiscipline, leurs mauvaises habitudes, leur tendance à la révolte et leurs penchants agressifs sont la terreur du personnel et des malades tranquilles ; ils peuvent avoir commis des délits, indé-

pendamment de leur état morbide, mais souvent aussi ils savent rester à la limite du Code, soit en bénéficiant d'un internement préalable, soit autrement ; sans commettre toujours des actes nettement répréhensibles au dehors, ils se rendent cependant presque toujours insupportables dans les services ordinaires.

Ils diffèrent profondément des aliénés criminels avec lesquels on serait tenté de les confondre, et tandis que pour ces derniers il serait nécessaire de modifier la loi de 1838 au point de vue de leur placement et de leur maintenue à l'Asile, pour les vicieux, la loi de 1838 et l'autorité médicale pourraient suffire pour régler les différents détails de leur traitement. Il est évident qu'en attendant les modifications à la loi un tel service des vicieux pourrait, à *fortiori,* recevoir certains aliénés criminels et criminels aliénés.

Le projet, qui est actuellement sur le point de se réaliser pour le département de la Seine, comprendra les individus dangereux dans la plus large acception, non seulement les individus qui ont eu maille à partir avec la justice, mais aussi les individus qui n'ont jamais été condamnés et qui cependant, dans l'Asile, constituent un gros danger. J'ai dans mon service un individu qui est antropophage, c'est un mangeur de nez et d'oreilles ; il n'a pas eu maille à partir avec la justice, mais je suis obligé de le laisser en chambre d'isolement presque constamment, parce que dans la cour, en passant près d'un malade, il lui saute au visage pour le mordre. Il n'a jamais été condamné, mais il faudrait qu'on puisse le mettre dans un quartier spécial pour qu'il ne fût plus en contact avec les malades ordinaires que nous avons.

Il y a d'autres individus que leur état de folie sexuelle oblige à entrer dans nos Asiles. Or, il peut y avoir des malades très tranquilles, très honnêtes, qui se trouvent voisins de lit avec un individu qui n'a jamais été condamné, mais dont les mœurs sont particulièrement dangereuses pour ceux qui sont en dortoir avec lui, d'autant plus que ces derniers peuvent être des gens extrêmement intéressants et que la loi oblige à passer par l'Asile, ce qui comporte comme corollaire moral le devoir d'assainir cet Asile et d'y proscrire certaines promiscuités.

On doit donc prévoir des Asiles spéciaux pour des individus de ce genre qui ont eu la chance de passer au début pour des aliénés, qui s'en servent pour commettre des délits quand on les

fait sortir, sûrs de l'impunité par la présomption de folie, mais qui sont quand même de mauvais garnements, tout en étant déséquilibrés. Il y a de ces individus qui savent très bien que du fait de leur brevet d'aliénés ils ont le droit de tuer un sergent de ville ou de faire n'importe quoi. Il est certain que ces individus-là usent d'une véritable terreur et disent ouvertement, au moment où on va les faire sortir : Je sais bien que j'ai été un aliéné et que je puis commettre maintenant un crime, on ne me condamnera pas. Ces individus-là, s'ils ont été constatés aliénés avant toute condamnation, ne peuvent plus être catalogués dans les criminels devenus aliénés. Il faudrait donc pouvoir faire passer ces gens-là dans une section distincte pour en débarrasser les services de traitement, afin de pouvoir traiter avec le moins de discipline possible et avec toutes les atténuations compatibles avec la thérapeutique actuelle des malades, qui eux n'ont pas du tout besoin d'être tenus de la même façon.

Ce que nous venons de dire suffit à caractériser ces vicieux ; les hommes sont évidemment en plus grand nombre que les femmes, mais pour ces dernières il suffit de citer les prostituées et certaines héréditaires à tendance éminemment vicieuse, profondément perverties, qui du fait de leurs mœurs et de leurs excès de langage, sont une gêne permanente pour les autres malades qui se plaignent fréquemment de se trouver en contact avec elles.

Jusqu'à présent, la sûreté de Bicêtre recevait seule ces malades hommes. Il est inutile de répéter ici que ni par son aménagement, ni par le régime imposé aux malades, elle ne répondait aux besoins du service.

Deux conditions indispensables doivent être remplies pour qu'un service de vicieux soit d'une utilité incontestable :

1° Il faut répartir les malades par petits groupes dans des locaux aussi restreints que possible, de façon à éviter les groupements et les révoltes qui en résultent et à rendre la surveillance plus facile ;

2° Il faut faire travailler les malades. Le travail, sans être obligatoire absolument, doit être encouragé par tous les moyens possibles. En même temps qu'il occupe et distrait les malades, il éloigne de l'Asile les paresseux qui trouvent là un refuge tout indiqué contre l'hiver et la misère ;

3° Ce travail doit être, non pas agricole, et cela à cause des évasions qui seraient constantes, mais industriel et individuel.

Ces conclusions ont été d'ailleurs exposées devant la Commission mixte du Conseil Général en 1899, par M. le Dr Colin, dans son rapport sur les aliénés vicieux dans les Asiles d'aliénés. Elles ont reçu l'entière approbation de M. Magnau, dans son rapport sur le prix Baillarger. (*Bulletin de l'Académie de Médecine,* 30 octobre 1900.)

Elles ont, du reste, commencé à être appliquées dans divers pays, la Grande Bretagne à Braadmor pour ses aliénés dangereux d'Angleterre, Dundrum pour l'Irlande et le quartier de Perth que j'ai décrit ailleurs pour l'Écosse ; tout récemment, en Allemagne, il vient d'être ouvert un service analogue à celui qu'il est question de créer à Paris.

Si la séparation de ces malades difficiles était réalisée, on pourrait appliquer plus largement la porte ouverte dans des services où l'on réunirait les travailleurs convalescents et les chroniques inoffensifs en attente pour l'Assistance familiale.

Pour ces individus dangereux, chez qui la folie existe avec des tendances anti-sociales indépendantes, il faut des établissements spéciaux, non annexés aux prisons ; mais il faudrait que des spécialistes qualifiés et compétents puissent, dans les prisons, faire la recherche et le diagnostic de ces cas.

Ces derniers sujets et quelques-uns des catégories précédentes spécialement désignés par les médecins, devraient pouvoir être traités à part, en vertu d'expertises médicales sur lesquelles se prononcerait l'autorité judiciaire, concluant à ce placement spécial, si l'expertise et les faits sur lesquels elle s'appuie paraissent le légitimer.

La sortie de ces établissements spéciaux serait également soumise à une appréciation judiciaire analogue, tranchant sur les propositions motivées des experts.

Toutes les autres prescriptions de la loi actuelle seraient d'ailleurs applicables à ces établissements, hors celles de l'entrée et de la sortie.

M. le Dr MARIE, *Médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Seine),* et M. Marcel VIOLLET, *interne des Asiles de la Seine.*

Sur la Démence organique secondaire à quelques délires chroniques hallucinatoires.

Les hallucinations observées chez les délirants chroniques sont parfois unilatérales (perçues par une seule oreille), ou bien elles paraissent provenir toujours d'une même direction. Si ces malades présentent plus tard des troubles moteurs et sensitifs post-apoplectiques du même côté que celui où se produisent les hallucinations, on peut être amené à ne pas considérer ces faits successifs comme des coïncidences. Nous pensons que les hallucinations sont, dans ces cas, le produit de l'éréthisme vasculaire chez des prédisposés, éréthisme précédant et motivant la lésion circonscrite ultérieure.

A l'appui de nos opinions, nous apportons cinq observations tirées des auteurs et de notre pratique personnelle.

L'étude minutieuse des hallucinations des délirants chroniques les fait voir le plus souvent stéréotypées, orientées dans un sens déterminé. Les voix viennent du plancher, ou bien du plafond ; du côté droit ou du côté gauche, ou encore de par derrière.

La plupart des malades ne les entendent que d'un côté, toujours le même soit des deux oreilles, soit d'une seule. Nous pourrions en dire autant des hallucinations de la vue qui, le plus souvent, se produisent en un point déterminé de l'horizon ; il est toutefois plus rare que la vision ne soit perçue que par un seul œil. (Cas de Peterson, N. V. *méd. journ.*, 30 août 1890.)

Si chez ces malades devenus vieux, il se produit une lésion en foyer entraînant des troubles moteurs du même côté que celui où se produisaient les hallucinations, on est tenté d'attribuer celles-ci à un éréthisme vasculaire de l'hémisphère correspondant (c'est-à-dire opposé aux troubles moteurs et hallucinatoires). Cet éréthisme vasculaire préexiste à la rupture ou à l'obstruction du vaisseau, le fait est démontré par la présence des anévrismes miliaires et des plaques d'athérome ; il est fort possible qu'il amène des troubles dans le tonus cérébral et dans le mode d'activité des cellules nerveuses irrignées.

Le fait même de la direction toujours semblable et constante, des hallucinations, suivie de troubles apoplectiques du même côté n'est pas sans analogie avec ce que nous savons de la déviation conjuguée de la tête et des yeux après l'ictus. Rappelons que la déviation conjuguée se rencontre dans les lésions en

foyer des hémisphères et du mésocéphale, et, d'après Landouzy et Grasset, suit les directions suivantes :

Dans les lésions d'un hémisphère, le malade regarde ses membres convulsés, s'il y a excitation, et regarde sa lésion s'il y a paralysie.

Dans les lésions du mésocéphale, le malade regarde ses membres paralysés s'il y a paralysie, et sa lésion s'il y a excitation.

Il ne saurait s'agir du mésocéphale lorsque l'on s'occupe de phénomènes psychiques. Nous voyons que l'analogie se complète pour les hémisphères, par ce fait que les hallucinations sont produites par l'éréthisme *excitant* dont nous parlons et se présentent du côté des membres ultérieurement paralysés, ainsi que le faisait prévoir la loi de Landouzy et Grasset.

A l'appui de cette idée de l'origine centrale des hallucinations, nous apportons ici des faits que nous avons empruntés aux auteurs et que nous avons tiré de notre pratique personnelle.

M. P. Garnier (*Arch. génér. de médecine, 1889,* t. I, page 320) donne l'observation d'un malade frappé d'ictus avec aphasie incomplète et qui ne voyait dans ces phénomènes qu'une exacerbation des tourments que lui infligeaient ses persécuteurs : « Son aphasie n'avait rien détruit de sa situation mentale antérieure ; on peut dire qu'elle était venue apporter des aliments nouveaux au délire et le fortifier. Dans la mesure où il pouvait se rendre compte de la perturbation apportée dans les divers modes dont se compose le langage, Eugène B... était persuadé qu'un tel trouble était le résultat de manœuvres exercées sur lui par des hommes de la science et il est vraisemblable que sa conviction se basait sur des phénomènes analogues à ceux qu'il avait présentés autrefois. »

M. Lwoff (*Thèse de Paris, 1891,* observ. IV) cite un cas où la survenance d'une lésion localisée unilatérale assez étendue avait eu une influence curative sur les phénomènes hallucinatoires et les accidents délirants.

M. Féré (*Soc. de Biol.,* 14 mars 1896), rapporte l'observation d'une malade atteinte de déviation conjuguée par contraction spasmodique des muscles de l'œil, de la tête et du cou, qui présente, à chaque accès de contracture, une hallucination correspondante, latéralisée et orientée dans le sens de la dévia-

tion conjuguée ; elle est unilatérale en ce sens, bien que perçue par les deux yeux.

MM. Marie et Bonnet (Congrès de Nancy, 1893), rapportent le cas d'un malade mort d'ictus avec hémiplégie gauche, à l'autopsie duquel on trouva une hémorrhagie cérébrale de l'hémisphère droit. Ce malade avait toujours été soupçonneux. Il en voulait aux prêtres à cause de la trahison d'un secret de confession, mais, étant resté très religieux, il se « confessait directement à Dieu ». Il s'aperçut plus tard que des esprits lui volaient ses prières, les répétaient en même temps que lui « sur sa gauche ». Plus tard, il a vu Dieu sortir du cadre d'un tableau de la chapelle gauche de l'église ; il a reconnu que c'était son propre portrait. Dès lors, il dictait des sentences, s'inspirant d'un vieux missel qui « contenait de bonnes et de mauvaises choses, ça dépend du côté... » les feuillets seuls de gauche étant bons. Il dialoguait en outre avec les « gars de gauche » devenus bienveillants, qui l'inspiraient et lui dictaient ses réponses. Il semblait s'adresser à des êtres imaginaires, orientant son oreille et ses yeux vers l'angle supérieur gauche du plafond.

Nous avons eu l'occasion d'observer, à Villejuif, un malade fort intéressant à ce point de vue. Le délire de ce malade, délire mystique avec idées de négations et mégalomanie religieuse sera étudié en détail ultérieurement. Ce malade présente des hallucinations de la vue et de l'ouïe en rapport avec son délire. Apparitions divines et diaboliques, injures, insultes, puis écho de la pensée, puis discussions théologiques et dogmatiques sont vus des deux yeux et perçus des deux oreilles. Mais ces visions sont toujours placées à droite, de même les paroles entendues lui paraissent prononcées à droite. Ces hallucinations ne cessent pas depuis 1896.

En Octobre 1901, B... eut des maux de tête violents qui le forcèrent à s'aliter. Il eut alors un ictus très léger, à la suite duquel il présenta une hémiparésie droite, surtout marquée à la face : ptosis de la paupière supérieure droite, abaissement de la commissure labiale à droite, déviation de la langue dans le même sens ; le malade ne pouvait plus siffler, la parole était embarrassée. Il éprouvait une certaine pesanteur douloureuse dans l'épaule et dans le genou droit. Il paraît bien que l'on ait eu affaire à ce moment à un trouble vasculaire quelconque limité à l'hémisphère gauche.

Concurremment à ces troubles moteurs et sensitifs, il y eut redoublement des hallucinations auditives, tant au point de vue de leur fréquence que du mode comminatoire de la conversation. Par contre, les hallucinations de la vue (hallucinations consolantes, Dieu, le miroir du Ciel, la Sainte-Vierge) disparurent pour un temps ; ce ne fut que lorsque les troubles moteurs s'atténuèrent que ces hallucinations reparurent.

Des troubles qu'il a présenté, le malade conserve encore une déviation légère de la langue à droite, avec diminution de la force musculaire du même côté.

Ces quelques observations montrent qu'il est légitime de penser à un trouble anatomique ou dynamique cérébral producteur des hallucinations, et que l'activité des cellules nerveuses n'est probablement modifiée que secondairement à un trouble vasculaire. La localisation des hallucinations dans un point de l'espace toujours le même chez ces sujets, et la production ultérieure d'une lésion nerveuse d'origine vasculaire dans l'hémisphère correspondant (c'est-à-dire opposé à la direction des hallucinations) ne doivent, semble-t-il, pas être regardées comme de simples coïncidences. Sans doute nos observations ne sont pas très nombreuses, mais, à vrai dire, les délirants chroniques sont assez rares, leur vie dans l'Asile est fort longue, si bien que le même observateur ne peut observer toute l'évolution de leur délire que dans des cas exceptionnels. Lorsque les lésions circonscrites se produisent, elles peuvent tuer le malade, ou le mettre dans un état démentiel qui l'empêche de renseigner le médecin sur les troubles antécédents et les particularités délicates du délire antérieur. Toutes ces causes rendent très difficiles l'étude de ces malades ; nous pensons qu'elles ont empêché les observations d'être plus nombreuses à ce point de vue. Nous ne doutons pas qu'en attirant l'attention des spécialistes sur ces faits, nous ne voyions dans un avenir proche les observations en devenir plus nombreuses.

M. le Dr DUBOURDIEU, *Médecin directeur de l'Asile de Lesvellec.*

Caisse des Retraites des Médecins d'Asile d'aliénés. — Point n'est besoin d'être depuis longtemps dans les Asiles pour savoir à quoi s'en tenir sur la question des retraites des médecins de ces établissements. Vous savez tous, mes chers

collègues, combien souvent nous nous heurtons à des difficultés inhérentes à la diversité et au défaut d'harmonie de leurs Statuts. Il y en a, cependant, de ces Statuts qui vont un peu loin dans l'arbitraire et la méconnaissance de nos droits de fonctionnaires.

Le département du Morbihan accepte bien, dans sa Caisse, les sommes versées par les médecins-adjoints pour services antérieurs, il accepte également les retenues exercées sur leur traitement pendant le séjour à l'Asile départemental de Lesvellec, mais il refuse catégoriquement, lors de leur départ, de rendre les unes et les autres. N'est-ce pas là, mes chers collègues, une pratique quelque peu abusive de nos droits ?

Plusieurs voix. — Mais, c'est tout simplement un vol !

Dr DUBOURDIEU. — Je continue : Ce même département du Morbihan veut bien compter, aux Directeurs-médecins, leurs services antérieurs, mais en cas de retraite, il calcule les retenues sur le chiffre du premier traitement dans le département du Morbihan ; de sorte que, si le Directeur-médecin a été nommé à la 1re classe du grade, dans ce département, c'est-à-dire 7.000 fr., il devra verser sur ses traitements antérieurs, comme s'il avait toujours eu 7.000 fr., bien qu'en réalité, comme Médecin-adjoint et médecin-directeur, il n'ait eu, jusque-là, que des traitements allant successivement de 2.500 à 7.000 fr. ? N'est-ce pas là quelque chose d'extraordinaire ? Et que devient, dans ce cas-là, la loi de 1853 sur les retraites qui prescrit la retenue de 5 % seulement ? Dans le cas qui nous occupe, ce n'est plus 5 % mais 7, 8, 9 et même 10 % qu'on prélève.

D'autres départements, comme l'Orne, n'admettent pas les fonctionnaires et employés de l'Asile au bénéfice de la Caisse départementale des retraites.

Tel autre refuse des retenues pour les sommes inférieures à 5.000 fr. de traitement, comme la Haute-Vienne.

Enfin tous (et c'est là-dessus, mes chers collègues, que j'attire tout particulièrement votre attention), ont la faculté, sous le prétexte le plus futile, au moment de la retraite, quand vous y avez tous les droits, de vous faire déplacer et de vous faire envoyer dans un autre Asile où un nouveau séjour de 10 et même de 15 ans est parfois nécessaire. L'âge avancé et les infirmités arrivant souvent avant la fin de cette nouvelle période, peuvent nous forcer à quitter la carrière sans aucune retraite ou avec

une retraite proportionnelle. Enfin la mort peut venir nous surprendre et c'est la misère pour la veuve et les enfants obligés de mendier, au Département, des secours qui peuvent ne pas leur être toujours accordés.

Je n'en finirais pas, mes chers collègues, si je voulais vous signaler toutes les imperfections et toutes les singularités des Caisses départementales de retraites. A quoi bon, d'ailleurs ? Vous les connaissez chacun en particulier aussi bien que moi, j'ai tenu à vous parler, en particulier, de celles du département où j'habite, pour attirer votre attention sur les anomalies des Statuts qui nous régissent en général, et pour vous demander s'il ne serait pas nécessaire d'appeler la bienveillante attention des Pouvoirs publics sur la situation, déplorable souvent, qui nous est faite et à laquelle on pourrait peut-être remédier, si M. le Ministre de l'Intérieur, mieux informé, consentait à prendre notre juste cause en main et à la solutionner au mieux de nos intérêts.

L'étude suivante sur les Caisses départementales de retraites auxquelles sont forcés de verser les médecins des Asiles a pour but de montrer la diversité de leurs Statuts, leurs anomalies, leurs restrictions, en un mot, dans leur rédaction, toutes les différences en général très préjudiciables aux médecins aliénistes.

Il sera fait abstraction, dans cette étude, de deux départements, la Haute-Vienne et la Côte-d'Or, dont nous n'avons pu nous procurer les Statuts.

Départements n'admettant pas le personnel des Asiles à verser à leurs Caisses.

Il en existe trois : la Seine-et-Oise, l'Orne et la Savoie.

Le premier de ces départements vient de construire un Asile et il n'est pas dès lors étonnant que les Statuts de la Caisse départementale de retraites soient muets en ce qui concerne le personnel de l'Asile.

L'Orne n'a jamais voulu admettre dans sa Caisse les retenues sur le traitement des agents, fonctionnaires ou employés de l'Asile ; aussi les Directeurs et les Médecins-adjoints ne séjournent guère dans ces départements où ils n'ont aucun avenir assuré.

Départements versant les retenues de leurs fonctionnaires à la Caisse des Retraites pour la Vieillesse.

Ils sont au nombre de trois : l'Oise, la Savoie et le Maine-et-Loire.

Ils suivent les règles générales de cette Caisse sauf certaines modifications et détails ci-après :

RÈGLE GÉNÉRALE

Les retenues sont de 5 °/₀ sur les appointements des fonctionnaires ; ces retenues sont versées à la Caisse des retraites. Le Département ou l'Asile à leur tour versent aussi 5 °/₀.

Les versements se font à capital aliéné ou réservé. Le maximum de la retraite est de 1.200 fr. plus les intérêts des sommes annuelles qui, dépassant 500 fr., ont été placées soit à la Caisse d'épargne, soit en rentes sur l'État.

Ce maximum de 1.200 fr. de retraite est bien peu de chose si on le compare aux autres retraites de l'État qui peuvent atteindre le maximum de 6.000 fr.

Les livrets suivent les titulaires.

MODIFICATIONS SPÉCIALES

1° *Oise.* — L'Asile et non le Département verse sa part contributive de 5 °/₀ à raison de 4/5 pour le mari et 1/5 pour la femme. L'âge de la retraite est facultativement à 50 ans ;

2° *Savoie.* — Le titulaire du livret a droit à la retraite à partir de 55 ans seulement. Le versement à 5 °/₀ par le Département profite pour 3/4 au mari et pour 1/4 à la femme [1] ;

3° *Maine-et-Loire.* — Jouissance de la pension à partir de 50 ans. Les retenues antérieures subies dans les autres départements sont obligatoirement versées à la Caisse des retraites. Conséquence : si le fonctionnaire quitte le Maine-et-Loire et désire prendre sa retraite dans le nouveau département où il est nommé, il emporte bien son livret, sa propriété, mais la Caisse des retraites ne lui rembourse pas l'argent versé et il est obligé à nouveau de reverser dans ce département toutes les

1. — A la suite d'un différend survenu entre l'Asile de Bassens qui est autonome et le Conseil Général, celui-ci a décidé, paraît-il, de n'admettre plus à la Caisse de retraites départementales les fonctionnaires et employés de l'Asile.

retenues subies dans les départements où il a résidé y compris celui de Maine-et-Loire : d'où versement double.

Conclusion. — De l'étude précédente, il ressort cette constatation que, d'une façon générale, si l'Oise, le Maine-et-Loire et la Savoie ont les mêmes Statuts généraux, ils n'en imposent pas moins certaines restrictions ou modifications particulières, la plupart au désavantage des titulaires de ces Caisses et, partant, des médecins de l'Asile obligés à y verser.

Caisses de Retraites départementales proprement dites.

La diversité qui est déjà si grande pour les Caisses de la vieillesse le devient encore davantage pour les Caisses départementales proprement dites. Car chaque département a élaboré des Statuts à sa guise auxquels doivent cependant et forcément se soumettre les médecins des Asiles.

Les tableaux suivants en sont la preuve.

Ils ont été extraits, en partie, du compte-rendu du Congrès de Médecine mentale de Rouen de 1890, et ils ont été modifiés suivant les changements survenus depuis cette époque dans les Statuts des Caisses départementales de retraites.

Maximum des retraites départementales indiqué par quotité et par département :

1/2 du traitement moyen des trois dernières années.	3/4.	2/3.	4/5.	5/6.	Pas de maximum au-dessus de la 1/2.	Total.	Observations.
+ 1/40e par an en sus des 30 ans. } Aisne. + 1/30e par an en sus. } Morbihan.	Allier. Bouches-du-Rhône Charente. Gironde. Hte-Garonne. Ille-et-Vilaine. Isère 1. Rhône 2. Sarthe.	Ariège. Aveyron. Cher. Charente. Eure. Finistère. Jura 3. Lozère. Mayenne. Marne. Meurthe-et-Mosle. Meuse. Morbihan. Nièvre. Seine-Inférieure. Vaucluse. Yonne.	Gers. Vendée.	Loir-et-Cher. Nord. Pas-de-Calais.	Eure-et-Loir. Haute-Marne.		
2	9	17	2	3	2	35	»

1. — Sans pouvoir dépasser 6.000 fr.
2. — — — 4.500 fr.
3. — — — 600 fr.

Caisses départementales réparties par quotité minima de retraite à 30 ans de services sans indication d'âge et avec indication d'âge.

600f	4.000f	1/2 4.400f	2/3 5.860f	5.870f	5.500f	5.280f	TOTAL
Jura.	Charente-Inférieure.	Aisne. Ariège. Aveyron. Bouehes-du-Rhône. Charente. Cher. Eure. Eure-et-Loir. Finistère. Gers. Gironde. Ille-et-Vllaine. Loire-Inférieure. Lozère. Marne. Haute-Marne. Mayenne. Meurthe-et-Moselle. Meuse. Morbihan. Nièvre. Nord. Seine. Seine-Inférieure. Vaucluse. Yonne.	Allier. Loir-et-Cher. Pas-de-Calais. Rhône. Var.		Haute-Garonne.	Sarthe. Vendée.	
1	1	26	5	»	1	2	36

Tableau de répartition des Caisses départementales d'après la durée minima des services.

25 ans aucune condition d'âge.	25 ans et de 50 à 55 ans d'âge.	30 ans et de 48 à 50 ans d'âge.	30 ans sans condition d'âge.	30 ans et 55 ans d'âge.	30 ans et 60 ans d'âge.	30 ans et 53 ans d'âge.	30 ans et 57 ans d'âge.
Bouches-du-Rhône Nièvre.	Haute-Garonne.		Aisne. Allier. Cher. Eure. Eure-et-Loir. Ille-et-Vilaine. Loire-Inferieure. Loir-et-Cher. Haute-Marne. Pas-de-Calais. Rhône. Var. Vaucluse.	Gers. Jura. Lozère. Marne. Meurthe-et-Moselle. Sarthe. Seine-Inférieure.	Aveyron. Ariège. Charente-Inférieure. Finistère. Gironde. Mayenne. Morbihan. Nord. Seine. Vendée. Yonne.	Charente	Meuse.
2	1	»	13	7	11	1	1

Répartition des Caisses départementales d'après le nombre d'années exigées dans le dernier traitement pour le calcul du traitement moyen.

3 ans.	5 ans.	6 ans.
Aisne, Allier, Ariège, Bouches-du-Rhône, Charente, Charente-Inférieure, Cher, Eure, Eure-et-Loir, Finistère, Haute-Garonne, Gers, Ille-et-Vilaine, Isère, Jura, Loir-et-Cher, Lozère, Marne, Haute-Marne, Mayenne, Meuse, Morbihan, Nièvre, Nord, Pas-de-Calais, Rhône, Sarthe, Seine, Seine-Inférieure, Var, Vaucluse, Haute-Vienne, Yonne.	Aveyron. Gironde. Meurthe-et-Moselle.	Caisse des pensions civiles.
33	3	

Tableau des Caisses départementales réparties suivant la quotité allouée aux veuves dans la pension de retraite du mari décédé.

1/2 de la pension du mari.	1/2 plus une fraction par enfant mineur.	1/3	1/4 plus une fraction par enfant mineur.	de 1/3 à 1/2 plus une fraction par enfant mineur.	2/5
Allier. Aveyron. Bouches-du-Rhône. Charente-Inférieure. Haute-Garonne. Gironde. Jura [1]. Lozère. Loire-Inférieure. Mayenne. Meurthe-et-Moselle. Morbihan. Nord. Rhône. Sarthe. Vaucluse. Vendée. Yonne. Gers.	Cher. Ille-et-Vilaine. Isère. Loir-et-Cher. Marne. Meuse. Nièvre. Pas-de-Calais.	Eure-et-Loir. Finistère. Haute-Marne. Loire-Inférieure. Jura [2].	Eure.	Aisne. Ariège. Seine. Haute-Vienne.	Charente.
19	8	5	1	4	1

1. — S'il y a un ou plusieurs enfants mineurs au-dessous de 15 ans.
2. — S'il n'y a pas d'enfants mineurs au-dessous de 15 ans.

Durée minima de séjour pour avoir droit à la retraite.

6 ans.	10 ans.	12 ans.	15 ans.
Seine.	Allier.	Charente-Inférieure.	Aveyron.
Vendée [1].	Aisne.	Jura.	Isère.
	Ariège.	Lozère.	Mayenne.
	Bouches-du-Rhône.	Pas-de-Calais.	Seine.
	Basses-Pyrénées.	Rhône.	
	Charente.	Morbihan.	
	Eure.		
	Eure-et-Loir.		
	Haute-Garonne.		
	Gironde.		
	Ille-et-Vilaine.		
	Loire-Inférieure.		
	Marne.		
	Meuse.		
	Nièvre.		
	Nord.		
	Sarthe.		
	Vaucluse.		
	Var.		
	Vendée [2].		
	Finistère.		
2	21	6	4

Aucun tableau de ce travail ne montre mieux combien la diversité des règlements peut être préjudiciable aux médecins des Asiles. En effet, qu'un de ces praticiens, arrivé à 60 ans, vienne à déplaire, ou qu'un Conseil Général trouve trop lourde la retraite à lui servir, tout aussitôt il peut être envoyé dans la Mayenne ou dans l'Isère par exemple, où, pour obtenir la retraite, il devra rester 15 ans au moins, c'est-à-dire jusqu'à 75 ans. N'est-ce pas un abus criant que de telles monstruosités puissent se commettre, que les fonctionnaires de l'Asile puissent être traités en parias et privés d'une retraite à l'âge où ils étaient légitimement en droit de l'atteindre et de l'obtenir comme tout autre fonctionnaire ?

1. — Pour les fonctionnaires au-dessous de 40 ans.
2. — Pour les fonctionnaires au-dessus de 40 ans.

Le taux de la retenue varie suivant les départements de la façon indiquée dans le tableau ci-dessous.

Départements faisant verser une retenue de :

3 %.	4 %.	5 %.	5 50 %.	6 %.	11 4/12 %
Seine-Inférieure [1].	Aisne. Jura. Seine-Inférieure [2].	Ariège. Aveyron. Allier. Bouches-du-Rhône. Basses-Pyrénées. Charente. Cher. Charente-Inférieure. Eure. Eure-et-Loir. Finistère. Gers. Gironde. Haute-Garonne. Ille-et-Vilaine. Lozère. Marne Meuse. Morbihan. Mayenne. Meurthe-et-Moselle. Nièvre. Nord. Oise. Pas-de-Calais. Sarthe. Savoie. Seine-Inférieure [3]. Vendée.	Seine.	Isère. Loir-et-Cher. Rhône. Var.	Vendée [4].
1	3	29	1	4	1

Départements admettant les services antérieurs dans le décompte de la retraite :

Aveyron, Allier, Aisne, Ariège [5], Bouches-du-Rhône, Basses-Pyrénées, Cher, Eure-et-Loir, Eure, Gers, Haute-Garonne, Ille-et-Vilaine, Isère, Jura, Loire-Inférieure, Lozère, Loir-et-Cher, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Marne, Meuse, Morbihan, Nièvre, Nord, Pas-de-Calais, Rhône, Seine, Seine-Inférieure, Vendée, Vaucluse, Var, Yonne.

1. — Pour les traitements au-dessus de 1.000 fr.
2. — — — entre 1.000 et 2.000 fr.
3. — — — au-dessus de 2.000 fr.
4. — Pour la première année seulement et 5 % pour les années suivantes.
5. — Dispense de verser les retenues antérieures

Départements admettant les avantages en nature dans le décompte de la retraite :

Bouches-du-Rhône, Charente, Charente-Inférieure, Cher, Eure, Eure-et-Loir, Haute-Garonne, Jura, Loire-Inférieure, Loir-et-Cher, Mayenne, Marne, Nord, Pas-de-Calais, Rhône, Yonne.

Les autres départements sont muets sur la question des avantages en nature sur lesquels on verse des retenues[1]. Or, est-il bien sûr qu'ils ne feront pas de difficultés à leur sujet pour la liquidation de la pension ? Voudront-ils les décompter dans les calculs de cette retraite ? C'est peu probable. Les fonctionnaires ont déjà eu des difficultés à ce point de vue, dans les Basses-Pyrénées notamment, dans le Morbihan et dans l'Isère. Dans ce département, le Conseil Général s'est refusé même à rembourser les retenues sur les avantages en nature après n'avoir pas voulu les admettre dans le décompte de la pension. Tous les départements consentent à reverser dans un autre les retenues des fonctionnaires déplacés. Deux cependant n'agissent pas de même, le Morbihan et l'Ariège. Le Morbihan va plus loin encore, il retient les sommes provenant d'autres départements et qui lui ont été versées par les Médecins-adjoints lors de leur nomination dans ce département.

Durée minima des services exigés pour obtenir la retraite proportionnelle :

Aucune durée.	7 ans.	10 ans.	12 ans	15 ans.	20 ans
Loir-et-Cher.	Isère.	Allier. Aisne. Bouches-du-Rhône. Basses-Pyrénées. Charente. Cher. Eure. Haute-Garonne. Lozère. Loire-Inférieure. Marne. Meuse. Morbihan. Nièvre. Nord. Seine-Inférieure. Seine. Var.	Charente-Inférieure. Meurthe-et-Moselle. Pas-de-Calais.	Cher. Jura. Mayenne.	Finistère. Vendée.
1	1	18	3	3	2

1. — L'Isère n'admet pas les avantages en nature pour le décompte de la retraite, malgré la circulaire de 1861, absolument formelle à ce sujet.

Quotité minima de la retraite proportionnelle :

1/45	1/60	1/4	1/2	1/50	2/3
Allier. Var.	Aveyron. Aisne. Cher. Eure. Haute-Garonne. Gers. Isère. Jura. Loire-Inférieure. Marne. Meuse. Nord. Rhône. Vaucluse.	Lozère. Mayenne.	Bouches-du-Rhône. Charente-Inférieure. Finistère. Isère. Seine-Inférieure. Yonne.	Loir-et-Cher. Morbihan. Nièvre.	Rhône.
2	14	2	6	3	1

Il ressort de tous les tableaux ci-dessus que les médecins d'Asile sont bien peu favorisés en cas de changement de résidence par suite de la dissemblance des Statuts des Caisses départementales des retraites dont ils doivent cependant subir, souvent à contre cœur, les dures exigences. Mais ce n'est pas tout ou plutôt c'est encore peu de chose comparé à certaines anomalies des Statuts, que je citerai pour finir, qui se passent de tout commentaire.

Le département de l'Ariège a décidé que « les employés » appelés d'un autre département ou d'un autre service civil » public seront dispensés de verser le montant des retenues » déjà subies au profit d'autres Caisses publiques ». C'est fort bien ; mais, par contre, si un employé quitte le département de l'Ariège, ses retenues ne le suivent pas. De sorte que les médecins des Asiles, nommés en dehors de l'Ariège, sont obligés de verser une deuxième fois les retenues dans le département de leur nouvelle résidence s'ils veulent y prendre leur retraite.

Dans l'Aveyron « les pensions sont liquidées au fur et à mesure » des demandes dûment justifiées. Toutefois, il est bien entendu » qu'en cas d'insuffisance des ressources de la caisse pour » le paiement intégral des pensions le département ne sera pas » tenu de les compléter au moyen d'une allocation. Le Conseil » Général pourra allouer une subvention pour faire face en tout

» ou en partie à cette insuffisance mais il en fixera annuelle-
» ment le chiffre comme bon lui semblera ».

Ce qui revient à dire qu'un médecin de l'Asile retraité dans ce département ne sait jamais si le chiffre de la retraite en 1904, par exemple, sera le même en 1905.

Dans le Cher « les services antérieurs, quelle qu'en ait été la
» durée, n'entrent en compte que pour une durée maxima de
» 20 ans ».

Ainsi un médecin de l'Asile, nommé dans ce département, après 25 ans de services ailleurs, aura ses retenues acceptées pour 20 ans seulement et perdra 5 années.

La même règle est établie pour le Gers, le Nord et le Rhône, mais avec un dommage bien plus sensible encore. On n'accepte plus, en effet, au maximum, que 15 ans de services pour le Gers, 10 ans pour le Nord et 5 ans pour le Rhône.

Des départements (Ille-et-Vilaine, Morbihan, Isère, Lozère, Meuse, Yonne), ne prennent les retenues antérieures des médecins d'Asile qu'autant que ceux-ci versent 5 °/₀ sur leurs traitements antérieurs calculés non pas sur le chiffre des dits traitements mais sur le premier traitement d'entrée attribué dans les départements précités. Aussi, de cette façon, ces médecins, au lieu de verser 5 °/₀ comme les autres fonctionnaires de même traitement, versent 6, 7, 8 et 9 °/₀.

Dans le Jura, la retraite ne peut dépasser 600 francs même pour les Médecins-Directeurs d'Asile dont le traitement peut cependant atteindre 8.000 francs ! ! !

Dans la Marne « la pension de la veuve est de la moitié de
» celle dont le mari a joui ou à laquelle il aurait pu prétendre
» sans toutefois que cette pension puisse excéder 1.200 francs ».

Conséquence : les fonctionnaires subissant sur leurs traitements des retenues supérieures à celles des traitements moindres ne sont cependant pas plus favorisés pour la retraite de leurs veuves. Ainsi, ils auront pu, sur un traitement de 8.000 francs verser 400 francs par an ; d'autres fonctionnaires ayant 2.000 francs auront versé 100 francs et quand tous les deux mourront leurs veuves auront la même retraite.

Notre étude est terminée ; je ne crois pas être en dehors de la vérité en affirmant que les médecins d'Asile sont fort mal traités comme d'ailleurs aucun fonctionnaire ne l'est, en ce qui

concerne leur retraite. La plus grande insécurité à ce sujet règne pour eux pendant toute leur carrière dont la fin n'est nullement assurée. Il y a là, à notre avis, une réforme qui s'impose et qui doit solliciter l'attention bienveillante des Pouvoirs publics sous peine de voir des médecins quitter les asiles et les jeunes médecins ne plus rechercher une carrière dans laquelle tout avenir de retraite est à peu près fermé.

A la suite de cette communication et de la discussion à laquelle prennent part MM. l'Inspecteur général Drouinaud, Giraud, Doutrebente et Pichenot, le Congrès formule le vœu dont la teneur suit :

Les Médecins aliénistes, réunis à Pau au XIVe Congrès de Médecine mentale et nerveuse,

Considérant :

1° Que les Statuts des Caisses départementales des retraites, en raison de leur diversité et de leur inégalité, les lèsent souvent dans leurs droits ;

2° Que certaines Caisses notamment, gardent les retenues versées par les médecins-adjoints en ne les reversant pas dans les nouveaux départements où ils peuvent être ultérieurement nommés et même ne rendent pas celles provenant des départements où ils étaient avant ;

3° Que, pour s'éviter de servir des retraites, certains départements font déplacer les médecins à la fin de leur carrière pour les faire envoyer dans d'autres départements où un nouveau séjour de 10 et même 15 ans est parfois nécessaire pour l'obtention de leur retraite ;

4° Que certains départements ne permettent plus de verser à leur Caisse de retraites pour les traitements supérieurs à 5.000 fr. ;

5° Que d'autres n'admettent pas les médecins d'Asile à verser dans leur Caisse départementale ;

6° Que d'autres encore font ou ont fait des difficultés pour liquider la retraite de ces fonctionnaires et rejettent dans le décompte de cette retraite les avantages en nature ;

7° Qu'il ressort des faits ci-dessus et d'autres trop longs à énumérer ici, qu'un trop grand nombre de médecins d'Asile, malgré leurs titres de fonctionnaires, nommés par le Ministère

de l'Intérieur n'ont pas, en ce qui concerne la retraite, tous les avantages des autres fonctionnaires, puisqu'ils sont soumis à l'arbitraire, à l'aléa et même à la duperie des Statuts de quelques Caisses départementales des retraites,

Émettent le vœu qu'en attendant le vote de la loi sur les aliénés, M. le Ministre de l'Intérieur veuille bien examiner avec sollicitude les désidératas si légitimes des médecins d'Asile et leur donner satisfaction dans la mesure du possible en unifiant le Règlement des Caisses de retraites et en décidant que cette retraite sera payée par les départements au prorata des années passées par les fonctionnaires des Asiles dans ces départements.

La séance est levée à 7 heures.

4 AOUT (Matin).

Excursion à Lourdes. *(Voir aux Comptes-rendus de la deuxième Partie du Volume II.)*

SÉANCE AU PIC DU GRAND JER

(3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI)

Présidence de M. le Dr ARNAUD (de Vanves), Vice-Président.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Le Président donne successivement la parole aux auteurs des communications suivantes :

Dr CLAPARÈDE, *Privat-Docent à l'Université de Genève.*

Sur l'exploration clinique du sens musculaire et la corrélation de ses diverses modalités. — L'exploration du sens musculaire, non seulement chez les malades, mais chez les sujets sains, soulève de grandes difficultés. Celles-ci tiennent à plusieurs causes : 1° Le sens musculaire n'est pas un sens spécifique se manifestant par une classe unique de sensations, mais il comprend diverses modalités distinctes qu'il faut explorer l'une après l'autre : notion de position des membres, sensations de mouvement, sensations de poids, perception stéréognostique, etc. ; 2° Nous ignorons encore quels sont les facteurs physiologiques périphériques de ces diverses modalités ; il est probable qu'une seule modalité psychologique relève de plusieurs facteurs périphériques : ainsi la sensation de poids, par exemple, peut

avoir pour conditions périphériques la tension musculaire, la pression articulaire, la traction ligamenteuse, etc.; 3° La sensibilité cutanée peut, même en l'absence de la sensibilité profonde, renseigner jusqu'à un certain point le sujet sur le déplacement ou l'attitude de ses membres (traction ou plissement cutanés), sur le poids des objets qu'on lui fait soulever (pression cutanée), etc.; dans la perception stéréognostique, la sensibilité cutanée joue aussi un rôle évident ; 4° L'exploration du sens musculaire participe encore aux difficultés inhérentes à toutes les déterminations de sensibilité : les sujets hésitent, se contredisent d'une expérience à l'autre ; la fatigue modifie rapidement leur sensibilité, et il est le plus souvent impossible d'apprécier par un chiffre le degré d'acuité sensible.

M. Grasset a proposé, il y a quelques années [1], un procédé qui a l'avantage d'éliminer, ou tout au moins de réduire à un minimum, l'influence de la sensibilité cutanée : le poids est suspendu à un fil que le sujet tient avec deux doigts; un aide soulève le poids par dessous, au moyen d'un coussin, et le sujet doit indiquer s'il ressent l'allègement. M. Grasset estime que c'est une sensation de changement d'innervation motrice qui est perçue dans ce cas-là, car l'innervation motrice, dit-il, « est la seule chose qui change au moment de l'allègement ». Je ne puis souscrire à cette manière de voir : contrairement à ce que croit M. Grasset, il se produit, au moment où est supprimé le poids, un léger déplacement du bras du sujet, déplacement que l'on peut facilement enregistrer sur un cylindre de Marey. (D'ailleurs un grand nombre d'autres faits démontrent la non existence des sensations d'innervation.) Le procédé de Grasset est relativement commode, mais, précisément à cause de ce léger déplacement du membre, le sujet peut être informé du moment où l'on supprime le poids, même en l'absence de toute sensation d'allègement; en outre, les réponses sont souvent contradictoires, et le seuil de la sensation d'allègement est très délicat et très long à fixer, à moins que l'anesthésie profonde ne soit très considérable.

Pour les besoins de la clinique courante, il faudrait un procédé

1. — Congrès International de Médecine, Paris, 1900. *(Revue Neurologique de 1900*, p. 727.)

rapide, ne demandant pas du sujet une dose d'attention trop considérable, et surtout donnant des réponses uniformes pour un même malade.

J'ai remarqué qu'on obtenait une uniformité de réponse très satisfaisante, souvent même parfaite, en faisant comparer au malade deux poids qui sont placés *simultanément dans chaque main ;* il s'agit, ici, non pas de déterminer quelle différence de poids le sujet arrive à apprécier, mais simplement s'il a une tendance à sousestimer ou surestimer le poids avec une des deux mains. Il y aura, par exemple, surestimation à droite dans les divers cas suivants : si, deux poids égaux étant placés dans chaque main, celui de droite est accusé plus lourd ; ou si les deux poids sont déclarés égaux alors que celui de droite est en réalité plus léger ; ou encore si le poids de droite est estimé plus lourd bien qu'étant en réalité plus léger. J'ai toujours, dans des expériences de ce genre, obtenu des réponses très nettes ; la surestimation pour un des membres, lorsqu'elle existe, est en général nettement accusée.

On obtient aussi des résultats très constants en faisant une expérience analogue avec une série de petits cubes de bois de diverses grosseurs (le plus petit ayant 20 millimètres et le plus gros 26 millimètres de côté) dont il s'agit de comparer le *volume*. On place un de ces cubes dans chaque main du sujet et celui-ci doit les palper rapidement et indiquer *de quel côté est le plus gros*. Comme pour les poids, on remarque en général une tendance constante, pour la même main, à surestimer ou à sousestimer.

J'ai cherché s'il y avait un parallélisme entre la perception du poids et du volume sous le rapport de cette tendance à la surestimation. Je n'en ai trouvé aucun. Ainsi, chez une douzaine de malades, soigneusement examinés, présentant des troubles de la mobilité du membre supérieur, j'ai trouvé que, du côté le plus faible :

A) Chez 5 malades, les *poids* et les *volumes* sont surestimés ;
B) Chez 4 malades, les *poids* et les *volumes* sont sousestimés ;
C) Chez 1 malade, les *poids* sont seuls surestimés ;
D) Chez 1 malade, les *poids* sont seuls sousestimés ;
E) Chez 2 malades, les *volumes* sont seuls surestimés.

Mon intention n'est pas de discuter ici l'interprétation de ces

cas. Je voudrais seulement noter que les différences de corrélation entre la perception du poids et celle du volume ne paraissent pas dépendre nécessairement d'une différence dans le siège de la lésion. Ainsi, de nos six patients dont les troubles sensibles et moteurs sont dus à une névrite alcoolique, deux rentrent dans la catégorie *A* (voir ci-dessus), deux appartiennent à la catégorie *B*, un à la catégorie *C* et un à la catégorie *E*.

Je n'ai pas remarqué davantage de parallélisme entre l'état de la sensibilité cutanée ou kinesthésique et la surestimation ou la sousestimation des poids ou des volumes; pas davantage non plus de corrélation constante entre ces derniers phénomènes et la force motrice du membre.

Chez une hémiplégique dont la perception stéréognostique était complètement abolie à gauche, la perception du volume *s'est montrée parfaite;* les poids, par contre, étaient sousestimés avec la main malade (gauche).

L'avantage de l'épreuve de la comparaison bi-manuelle des poids et des volumes dont, je le répète, l'interprétation psycho-physiologique et clinique reste encore à trouver, est que ce procédé révèle très nettement et très facilement des différences de sensibilité entre les deux mains, différences échappant souvent aux procédés d'investigation habituels.

Ces recherches, qui demandent à être multipliées et approfondies, montrent que la complexité des diverses modalités du sens musculaire est probablement encore plus grande qu'on ne l'a cru. Un très grand nombre de facteurs sensibles, moteurs, cérébraux interviennent dans les perceptions de poids, de volume, de forme, d'attitude. Il est indispensable de connaître leur rôle, si l'on veut arriver à interpréter les résultats fournis par les divers procédés d'exploration du sens musculaire.

M. DIDE, *de Rennes,* insiste sur les erreurs que l'on constate dans les cas d'agnoscies d'origine corticale. De nombreuses expériences sont ici nécessaires. Avec le docteur Bourdon, de Rennes, il a étudié cette question complexe dans laquelle deux facteurs au moins doivent être étudiés : la pression sur la peau et le poids de l'objet sur l'articulation des membres.

M. HENRY MEIGE, *de Paris.* — Il est important de constater avec M. Claparède l'extrême complexité des facteurs qui consti-

tuent ce qu'on a appelé assez improprement le *sens musculaire.* Et en raison même de cette complexité, on peut se demander si le procédé d'exploration clinique employé par l'auteur permet de préciser les troubles de la perception des poids, des volumes, des formes, etc. ; M. Claparède reconnaît que le terme *sens musculaire* est impropre, mais on l'a utilisé jusqu'à ce jour. Peut-être vaudrait-il mieux dire *sens articulaire,* ce qui paraît être plus exact.

Dr L. SCHNYDER, *de Berne (Suisse).*

L'examen de la suggestibilité chez les nerveux. — Il est devenu d'une vérité presque banale d'insister sur l'importance du facteur suggestibilité dès qu'on se propose d'étudier la mentalité d'un individu. J'entends tout d'abord préciser la signification qui me paraît devoir être attribuée au terme de suggestibilité.

La suggestibilité exprime la tendance que nous avons d'adopter des idées provoquées par une sollicitation étrangère directe ou indirecte et de les laisser se développer dans notre esprit en dehors de l'intervention de nos facultés raisonnables de jugement.

L'autosuggestibilité désigne spécialement la tendance de l'individu à se créer des représentations mentales portant le même caractère d'irrationalité, sans la sollicitation active et directe d'une personne étrangère, par ce qu'on appelle le propre jeu de son imagination.

Quand on aborde l'étude expérimentale de la suggestibilité on rencontre dans cette matière un guide précieux qui a cherché le premier, je crois, à déterminer systématiquement les conditions favorables à la production des phénomènes de suggestion en dehors des états hypnotiques, je veux parler de Binet. C'est aussi son ouvrage, *La suggestibilité*[1], qui a donné à mon maître et ami le professeur Dubois, de Berne, l'idée d'introduire dans l'examen des nerveux une recherche de la suggestibilité. Reprenant et modifiant, comme je vais l'exposer, l'idée d'Ochorowiz qui, il y a une quinzaine d'années, prétendait juger du degré de suggestibilité d'une personne en lui mettant au doigt un gros

1. — A. Binet : *La suggestibilité.* Paris, 1900.

aimant en forme de bague et en l'interrogeant sur ses sensations, le professeur Dubois me proposa le procédé suivant :

A la suite de l'examen des différentes modalités de la sensibilité, des réflexes, de la motilité, constituant le status nerveux du malade, j'annonce à ce dernier que je vais encore procéder à un examen de la « sensibilité électrique » au moyen d'un appareil spécialement construit à cet effet. L'appareil consiste, en réalité, en un rhéostat hors d'usage, pourvu d'une manette passant sur les différents contacts métalliques disposés circulairement. Deux fils partent des bornes de l'appareil et sont pourvus à leur extrémité libre de bagues métalliques dans lesquelles le médius de chaque main est introduit librement, de façon à exclure toute sensation de constriction. La boîte est déposée sur une table à proximité du lit ; je m'installe sur une chaise, j'invite le malade à fermer les yeux comme il vient de le faire pour l'examen de la sensibilité cutanée, à laisser ses bras étendus dans une position naturelle et à me dire s'il ressent quelque chose. Je m'efforce de ne pas paraître accorder à cet examen plus d'importance qu'à ceux qui l'ont précédé ; j'en exclus toute solennité qui pourrait impressionner le malade ou lui faire décrire des sensations par pure complaisance. Il n'est l'objet d'aucune suggestion active, d'aucune pression morale de ma part. J'imprime quelques mouvements à la manette et je pose dès le début la question suivante, sans intonation particulière : « Sentez-vous quelque chose ? » J'inscris la réponse séance tenante sur une feuille de papier. Quand le sujet ne communique pas spontanément ses impressions, après avoir imprimé un nouveau mouvement à la manette, je pose de minute en minute la même question. Je ne prolonge pas l'examen au delà de cinq minutes.

Le sujet est de la sorte placé dans des conditions favorables à la production de suggestions relatives à l'électricité. Il tombera dans le piège que lui a tendu l'expérimentateur si l'idée provoquée dans son esprit peut s'y développer sans être contrecarrée par les facultés du contrôle raisonnable. En un mot, le sujet succombera pour autant qu'il sera suggestible.

J'ai cherché à donner aux conditions de l'examen la plus grande uniformité possible, bien qu'elle n'atteigne pas celle qu'on peut obtenir quand on fait des expériences sur un groupe d'individus, par exemple sur une classe d'élèves, dans un laps

de temps restreint. Mes expériences ont été pratiquées individuellement sur des malades nerveux au fur et à mesure de leur présence à la clinique, pendant environ deux ans. J'ai toujours dirigé l'examen moi-même, en me tenant scrupuleusement, après quelques tâtonnements, au mode décrit plus haut. Mes résultats s'appuient sur *203* observations qui concernent une clientèle de nerveux assurément très variée, comprenant des types de neurasthénie classique, d'hystérie, de la combinaison de ces deux névroses, d'hypochondrie, de déséquilibre mental et jusqu'à des types nettement vésaniques. L'examen a toujours été fait au début du traitement, alors qne la mentalité du malade n'avait pas encore subi d'influence psychothérapique marquée.

Parmi les facteurs susceptibles de modifier la formation de la suggestion, celui de l'influence morale de l'expérimentateur ne me paraît pas avoir joué un rôle prépondérant dans mes expériences, du moins ce rôle a-t-il été sensiblement égal dans tous les cas. Les examens préalables de la sensibilité cutanée constituaient, du reste, une préparation à l'épreuve en question, d'un côté familiarisant le sujet avec mes procédés d'examen reconnus inoffensifs, d'un autre côté établissant une sorte d'idée directrice favorable à la suggestion : celle d'une excitation devant provoquer une sensation tout comme l'excitation par la piqûre d'épingle. Toutefois, la part principale dans le mécanisme de la suggestion revient ici au fait que le sujet se croit relié avec un appareil électrique. L'électricité reste pour beaucoup une force mystérieuse dont on attend et accepte tout sans critique, d'où son action suggestive suffisamment mise en lumière par de nombreux auteurs, y compris les électrothérapeutes assez psychologues pour ne pas se laisser suggestionner eux-mêmes.

Hake-Tuke cite le cas de ce gardien chargé de manœuvrer une machine électrique au Palais de Cristal de Londres et qui disait avoir souvent observé des dames éprouver des sensations particulières au contact des poignées de la machine, alors qu'elle ne marchait pas [1].

Un malade que le Professeur Dubois électrisait, se disant très sensible à l'action du courant produit par un seul élément, prétendit un jour sentir une brûlure au moment précis où le col-

1. — Hake-Tukeu : *Le corps et l'esprit.* Paris, 1886, p. 10.

lecteur s'arrêta au chiffre 1, bien que les piles ne fussent pas immergées[1].

Tous les malades que j'ai examinés ont accepté sans objection l'idée d'un appareil électrique, l'immense majorité sans faire des questions relatives à son fonctionnement. Beaucoup, par contre, ont manifesté des craintes à l'endroit des sensations qu'ils pourraient ressentir. Plusieurs malades m'ont posé des questions comme celle-ci : « Est-ce que cela va faire mal, Docteur ? Qu'est-ce que je vais éprouver ? » J'ai toujours répondu d'une manière évasive, disant : « Nous n'avons pas l'habitude de soumettre nos malades à des examens douloureux. Nous pratiquons celui-ci chez tous sans exception. Vous direz simplement si vous sentez quelque chose. » D'autres lançaient sur l'appareil un regard méfiant, l'accompagnant de paroles comme : « Je n'aime pas les choses que je ne connais pas. Je suis très sensible à l'électricité. Vous ne m'appliquerez pas un courant trop fort. » Quelques sujets très impressionnés que je citerai spécialement au cours de ce travail ont manifesté des appréhensions plus vives encore, refusant de se prêter à l'expérience ou ne passant qu'en tremblant leurs doigts dans les anneaux.

RÉSUMÉ DES EXPÉRIENCES

J'ai pratiqué l'examen de la suggestibilité chez *111* malades du sexe féminin et sur *92* du sexe masculin. Partant de cette première classification, je me suis efforcé de grouper les sujets d'après leurs particularités mentales, bien que la délimitation incertaine des formes cliniques en matière de maladies nerveuses rende ce classement difficile et un peu arbitraire. C'est ainsi que j'ai réuni dans la catégorie des états neurasthéniques les malades présentant de la fatigabilité rapide, des phobies, des convictions d'impuissance ; j'y ai fait rentrer également bon nombre d'états dyspeptiques. J'ai attribué à l'hystérie les états présentant les symptômes classiques de cette névrose : hémianesthésie, astasie-abasie, contractures, anorexie. J'ai fait une classe à part des états franchement mélancoliques et hypochondriaques, des états de déséquilibre mental confinant à la psychose,

1. — Dubois : *Les psychonévroses et leur traitement moral.* Paris, 1904.

en particulier chez les hommes. J'ai examiné aussi quelques cas de maladies nerveuses à lésions, tels que scléroses médullaires, polynévrites, quelques goîtres exophtalmiques et enfin quelques malades chez lesquels une affection organique quelconque (tuberculose pulmonaire, affection du tube digestif) dominait entièrement la scène.

1. *Sujets du sexe féminin.*

Sur 111 sujets du sexe féminin examinés, 53 peuvent être compris dans la catégorie des **états neurasthéniques.** Or, les sujets qui, dans cette catégorie, ont décrit des sensations, sont au nombre de 41 contre 12 qui n'ont rien senti, soit une proportion de 77 °/o des résultats positifs.

Les sensations ont été éprouvées dans la grande majorité des cas aux mains et plus particulièrement aux doigts portant les anneaux. Elles ont été qualifiées de *fourmillements,* de *picotements,* de *frémissements,* de *vibrations,* de *mouvements,* d'*engourdissements.* Quelquefois les sensations se sont propagées aux bras. Dans quelques cas, les sensations ont été localisées à un autre endroit qu'au lieu d'application : une malade souffrant de dyspepsie intestinale douloureuse a attribué à l'électrisation une augmentation de ses douleurs ; une autre, dyspeptique aussi, a signalé un malaise à l'estomac et un sentiment de froid ; une malade ayant la phobie de la mort subite par le cœur a décrit un point douloureux à la région précordiale.

Toutes les malades qui ont décrit des sensations ont comme trait caractéristique commun une impressionnabilité très développée. Ce sont des sensitives, des émotives, que leur mentalité dispose d'emblée à « sentir ». Plusieurs sont dans ce domaine de véritables virtuoses de la sensibilité, au moral comme au physique. Presque toutes sont des personnes cultivées, aimables, possédant un grand fond de délicatesse morale et une crédulité bienveillante qui favorise la réussite de l'expérience.

Plusieurs observations permettent de suivre très nettement la naissance et le développement de la suggestion ; ainsi chez cette dame de 52 ans, très cultivée, douée d'une forte émotivité, d'une grande sensibilité morale, souffrant de violentes névralgies occipitales qui l'empêchent presque chaque nuit de dormir. Au début de l'examen, je demande : « Sentez-vous quelque chose ? » La malade répond d'une voix hésitante :

« Non.... », puis spontanément, quelques instants après : « Je ne sais si c'est un sentiment moral ou si c'est vraiment une sensation. Je ne puis le dire.... Je sens un léger fourmillement dans le médius.... il augmente un peu.... cela s'arrête. » Dès ce moment, la suggestion se poursuit et, sans que j'aie besoin de poser aucune question, la malade fait les remarques suivantes qui coïncident presque toujours avec un mouvement imprimé à la manette : « Dans les 2e, 3e et 4e doigts, à la dernière phalange, il me semble qu'il y a un léger fourmillement. Je ne sens pas dans le pouce ni dans le petit doigt.... Je sens un peu mieux dans le 3e doigt et le poignet droits. *(3e minute)*.... Toujours la même chose, un léger fourmillement dans ces trois doigts. Cela va un peu à la racine des doigts.... Je sens un peu mieux le fourmillement. Cela fait certains mouvements de la pointe à la racine en chatouillant le doigt entier. Maintenant je sens un frémissement à la face externe des doigts, tandis qu'auparavant c'était au-dessous ! *(5e minute)*. Maintenant je le sens dans tous les doigts..., je sens toujours la même chose... Cela va un peu plus dans le poignet.... Cela n'est pas désagréable.... Je trouve même que c'est agréable ! »

On ne rencontre pas chez tous les sujets une description aussi détaillée des sensations. Beaucoup, sous l'empire de l'idée préconçue, d'une certaine anxiété, ou par pure complaisance, signalent dès le début des sensations assez vives ; mais ils se ressaisissent rapidement, prennent conscience du néant de leurs appréhensions et opèrent une sage retraite qui aboutit à la négation franche de toute sensation, comme dans le cas suivant :

Mlle P..., 23 ans, très émotive, timide, phobique, présentant des troubles dyspeptiques, de la céphalée, s'informe tout d'abord de la nature des sensations qu'elle « doit » éprouver. Elle se soumet avec appréhension à l'examen. « J'ai peur, dit-elle, si j'ai mal vous arrêterez, n'est-ce pas ? » Dès le début : « Ah ! cela me fait quelque chose, des picotements dans tous les doigts !... Cela augmente, surtout dans la main droite. Je ne pourrai pas le supporter.... J'ai envie de lâcher les anneaux ! » La malade est très émotionnée, ses paroles sont entrecoupées de rires nerveux, elle tient les yeux ouverts, surveillant mes moindres mouvements. Pendant deux minutes elle décrit sans interruption des sensations diverses : « Dans le bras droit, je sens que cela va me paralyser..., cela me fait mal maintenant dans le poignet..., cela monte dans le bras ! » Peu à peu la malade se calme et devient moins loquace. Je suis obligé de la questionner : « Sentez-vous quelque chose ? » — « Toujours un peu à la main droite.... cela continue. » Mais le ton est déjà moins convaincu. A la 4e minute, la malade répond : « Je sens toujours, mais moins. J'ai toujours un peu de crampe à la main ! » A la 5e minute : « Sentez-vous quelque chose ? » — « Non, docteur ! »

L'étude des *cas négatifs* est au moins aussi intéressante que celle des cas positifs et fait ressortir également les particularités psychiques du sujet. Parmi les 12 malades qui n'ont décrit aucune sensation, plusieurs ont témoigné vis-à-vis de l'examen une indifférence marquée, résultant d'un état aboulique, d'une disposition d'esprit désabusée, sceptique, telle Mlle K..., 26 ans, nature très apathique, veule, souffrant de dyspepsie avec céphalée et viscéralgies diverses. Dès le début elle répond : « Je ne sens rien ! » et persiste dans ses réponses négatives pendant toute la durée de l'examen qui ne parvient pas à l'intéresser. Une phobie unique et angoissante peut absorber à tel point l'individualité du sujet que ce dernier n'est accessible à aucune suggestion sortant de la sphère de ses préoccupations. C'est le cas pour Mlle G..., âgée de 22 ans, obsédée de l'idée d'une maladie de cœur. Elle répond « non » à toutes les questions.

Sur 28 sujets présentant des troubles à caractère franchement **hystérique,** l'examen de la suggestibilité a donné un résultat positif dans 12 cas, soit dans une proportion de **43** % seulement. Ici encore les résultats positifs se rencontrent chez les malades possédant une impressionnabilité vive, une mentalité toujours prête à enregistrer des sensations nouvelles. Chez certains sujets à imagination particulièrement capricieuse et désordonnée, l'examen revêt des allures dramatiques bien conformes au caractère théâtral de l'hystérie, comme dans le cas suivant :

Mme V..., âgée de 30 ans, femme du monde, à caractère capricieux, fantasque, un peu puéril, souffre d'insomnie et de troubles dyspeptiques. Elle paraît très impressionnée à l'idée de se soumettre à l'examen. Elle s'en défend d'un air à moitié effrayé, à moitié égayé, demandant ce qu'elle sentira ; elle exige la garantie « sur ma parole d'honneur » que ça ne la fera pas « sauter en l'air ». Elle manifeste bruyamment ses craintes, prend des poses d'enfant apeurée, hésite longtemps avant de rapprocher ses doigts des anneaux. Dès qu'un doigt vient à toucher le métal elle le retire brusquement en poussant un cri, comme au contact d'un fer rouge, prétendant qu'elle sent « quelque chose » sans préciser davantage. Les anneaux enfin passés, au premier tour de la manette elle fait un soubresaut et s'écrie effrayée : « Arrêtez, assez ! » Je lui demande de décrire ce qu'elle sent. « Je sens, répond-elle, un petit froid dans le 3e doigt de la main droite, un petit courant d'air froid. » J'essaie de tranquiliser la malade en lui faisant remarquer que ces sensations ne sont pas douloureuses, mais elle pousse des gémissements, me supplie d'interrompre, à tel point que je renonce à poursuivre l'examen. Ici

apparaît bien la flagrante disproportion existant entre les manifestations du sujet et des sensations que lui-même décrit et reconnaît comme étant insignifiantes.

Même tableau dramatique chez M[me] M..., 38 ans, hystérique avec algies multiples localisées surtout au côté droit qui est hyperalgésique. Ébauches de crises léthargiques. Au début : « Sentez-vous quelque chose ? » — « Absolument rien. » Puis spontanément : « Je commence à sentir un petit fourmillement, oh, oui, un petit fourmillement qui passe ! » Au bout d'une minute, nouvelle question. Réponse : « Ah, oui ! je sens quelque chose, ce n'est pas très désagréable ! » Puis, subitement, avec un accent de douleur : « Côté droit... oh ! ». — Demande : « Sentez-vous quelque chose ? » — Réponse : « Oui.... ouf.... oh !.... beaucoup plus du côté droit.... vous avez bientôt fini ?.... Je ne peux m'empêcher de remuer. » La malade soulève son bras droit agité d'un violent tremblement. « Assez, assez ! » Le tremblement augmente et le visage est contracté douloureusement. « Ce n'est pas que cela me fasse mal, mais je ne peux plus tenir de ce côté (droit). J'ai beau serrer la main, je ne peux plus tenir.... Oh ! dites, vous n'avez pas fini ? Je sens tous les membres qui se prennent ! » La malade se lève sur son séant. Je termine l'examen au bout de 4 minutes.

Il est évident que dans ce cas l'examen n'a fait qu'augmenter des autosuggestions de douleurs existant déjà chez la malade. Il n'en est pas toujours de même, et bien souvent, en particulier dans les formes d'hystérie à symptômes grossiers systématisés, tels que l'astasie-abasie, les états de contracture, l'anorexie, de même que chez des malades en puissance de crises hystériques, l'examen ne parvient à créer aucune suggestion nouvelle, d'où une plus forte proportion de résultats négatifs chez les hystériques que chez les neurasthéniques. Je chercherai à expliquer plus loin ce fait qui paraît tout d'abord en contradiction avec la nature même de l'hystérie. J'ajouterai que chez deux malades l'examen a provoqué un assoupissement que j'aurais pu facilement pousser jusqu'au sommeil complet, si j'avais prolongé la séance. L'une de ces malades me déclara qu'elle ressentait un grand bien-être, qu'elle avait l'impression de s'endormir tranquillement. Ses paupières étaient agitées d'un tremblement rapide. Une fois l'examen terminé elle ouvrit les yeux comme une personne qui sort d'un rêve. L'autre malade, hystérique avérée également, avec des accès d'asthme toutes les nuits, m'a déclaré le lendemain que depuis longtemps elle ne s'était trouvée aussi bien qu'après « l'électrisation » et que, pour la première fois depuis longtemps, elle n'avait pas eu d'accès d'asthme dans la nuit.

J'ai réuni dans une catégorie spéciale 13 malades dont 11, bien qu'envoyés à la clinique sous l'étiquette de neurasthéniques, présentaient des **états franchement mélancoliques** ou **hypochondriaques,** d'allure plutôt vésanique, entre autres un cas de dépression morale périodique. Chez 10 de ces malades le résultat de l'examen a été absolument négatif. Dans un cas de **catatonie** chez une jeune fille, les réponses confuses portent bien la marque de la désagrégation mentale du sujet ; dans un cas de **démence précoce,** également chez une jeune fille, les réponses sont négatives.

De 3 malades atteintes de **goître exophtalmique,** l'une ayant en outre de nombreux stigmates d'hystérie (analgésie) n'a décrit aucune sensation, de même une autre moins gravement atteinte, tandis que la troisième, phobique à l'excès, a décrit de nombreuses sensations.

En résumé, sur 111 sujets du sexe féminin examinés, 61, soit 55 °/₀, ont donné des réponses positives ; 50, soit 45 °/₀, des réponses négatives.

2. *Sujets du sexe masculin.*

Ici aussi le contingent des **états neurasthéniques** est le plus important et compte 51 malades. Dans 31 cas, c'est-à-dire dans une proportion de 61 °/₀, les réponses ont été positives. Comme chez les sujets du sexe féminin, les suggestions se produisent chez des individus impressionnables, émotifs, présentant des phobies neurasthéniques classiques, portés à accorder à toutes leurs sensations une importance exagérée.

Un exemple typique concerne un jeune homme de 24 ans, israélite, d'une culture intellectuelle élevée, mais très infatué de lui-même, portant une minutieuse attention à tout ce qui se passe dans son importante personne. A l'unique question posée au début : « Sentez-vous quelque chose ? » le malade commence la description suivante qu'il n'interrompt pas pendant 7 minutes. J'ai de la peine à transcrire sur le papier ce flux de paroles : « Je me demande si c'est l'idée que je vais sentir quelque chose, mais j'ai l'impression d'un rétrécissement, d'un froid aux mains. Je ne puis pas bien définir la chose, mais c'est pourtant comme une idée très vague de rétrécissement, de froid.... Ça s'accentue.... C'est comme une espèce d'engourdissement qui est maintenant moins localisé, qui a l'air de gagner le poignet.... Il me semble que le poignet est de plus en plus gagné par cet engourdissement, surtout à droite ...

En ce moment c'est toujours la même chose : c'est un sentiment plutôt agréable, un repos. Je le compare au sentiment que j'aurais à la main après m'être promené longtemps en tenant une canne, ou comme si ma main était fatiguée après une longue course à bicyclette qui m'aurait secoué.... Cela ne change pas du tout.... Cela gagne le bras droit. Ah, oui ! assez fortement ! Le bras gauche suit à peu près la même marche, un peu plus lentement tout de même. Ah ! cette sensation se répand dans tout le corps ! Je viens de la sentir dans la tête, passant par la moelle, le système nerveux et le corps ! Elle gagne même le pied. J'éprouve même une sensation qui serait comme un violent mal de tête..., non, comme une fatigue, une envie de me laisser aller dormir... Cette sensation ne fait que se maintenir.... Je ne vois rien de nouveau. Ce qui est particulièrement lourd, c'est la tête, les épaules et les biceps. Je crois même que mes sensations vont devenir plus nettes. J'ai à lutter contre cette lourdeur qui me prend également à l'épaule, à la face, surtout du côté droit, dans le cou maintenant... Il me semble que le sang s'arrête dans l'artère carotide, mais cela provient probablement du clignement des yeux que j'ai quand je vais m'endormir. Cette sensation devient excessivement pesante. Elle gagne en intensité. Le cou est très paralysé. Je sens bien moins le battement dans le cou. Les jambes ont l'air plus libres, du moins je le crois, car je ne les bouge pas ; les mains aussi. C'est surtout la région du cou, de la tête, de l'épaule, des biceps. Je me sens dans un état d'engourdissement très prononcé quoique j'aie la tête très claire puisque je puis vous décrire toutes mes sensations... Je ne vois pas que ça change !... L'état intense se maintient. »

Aucun sujet ne m'a fait une description plus minutieuse, plus compliquée de sensations créées par une introspection maladive. Ici encore, l'examen de la suggestibilité fait ressortir clairement la mentalité pathologique de l'individu, alors que les troubles de neurasthénie banale : céphalée, vertiges, dérobement des jambes, auraient pu paraître à un médecin moins convaincu de leur origine psychique uniquement justiciables de mesures d'ordre physique comme l'hydrothérapie ou l'électrothérapie.

Mieux que chez les femmes, peut-être, on peut surprendre chez les hommes la formation de la suggestion pendant l'expérience. J'attribue cette différence au fait que les hommes apportent en général à l'examen une attention plus soutenue, un plus grand sérieux. Ils ne l'accueillent pas avec l'effroi puéril qui, dès le début, fait éprouver à certaines femmes des sensations désagréables.

L'exemple suivant illustrera bien le développement de la suggestion chez un homme de 37 ans. M. B..., israélite, intelligent, type achevé de phobique universel toujours en transes au sujet de sa santé, arrêté complètement depuis plusieurs mois dans son activité d'industriel.

Au début : « Sentez-vous quelque chose ? » — Après quelques secondes d'hésitation et comme étonné : « A vrai dire, rien du tout ! » — *1re minute.* Même question. — Réponse : « Ma foi, si je ne savais pas qu'il y a quelque chose, je dirais d'emblée que je ne sens rien...., je ne sens rien, en effet ! » — Après un moment : « A force de me figurer, il me semblerait que j'ai un petit chatouillement.... non, même pas ! » — A ce moment la critique est encore victorieuse ; le malade me demande : « C'est bon quand on ne sent rien ? » — Je réponds : « Ne vous en inquiétez pas, je vous le dirai après. » De ce moment, peut-être sous l'influence de la crainte d'un résultat négatif qui serait un signe défavorable, le malade se laisse aller à la suggestion. — A la *3e minute,* il répond : « Je ne sens rien d'appréciable.... de temps à autre comme un petit.... je ne suis pas sûr ! » — A la *4e minute* la sensation se dessine plus nettement. « En ce moment il me semble que je sens comme une petite électrisation.... mais c'est si vague.... oui il y a quelque chose, très peu de chose ! » ; quelques secondes après, la suggestion éclate, victorieuse : « Maintenant je le sens, absolument comme quand on est électrisé. C'est tout à fait cela.... mais c'est très faible, n'est-ce pas ? » A partir de ce moment, M. B. paraît comme soulagé par cette constatation. Il commence à être moins attentif, échange quelques mots avec sa femme présente à l'examen, lui affirme qu'il sent l'électrisation. — Au bout de la *5e minute* je pose une dernière question. Le malade répond : « Il me semble qne je sens moins que tout à l'heure, est-ce une idée ? »

Les 20 sujets de cette catégorie qui n'ont pas accusé de sensations sont généralement des neurasthéniques à convictions d'impuissance très ancrées, d'un pessimisme et d'un scepticisme outrés ; quelques-uns sont atteints d'une phobie ou d'une obsession prépondérante qui laisse peu de prise à toute impression nouvelle ; d'autres enfin, malgré une sensibilité très affinée, conservent une rectitude de jugement suffisante pour les empêcher de tomber dans le piège.

Je n'ai réuni dans la catégorie des **états hystériformes** que 9 cas, y compris un certain nombre de névroses dites traumatiques. Dans 4 cas l'examen a donné un résultat positif soit dans une proportion de 44 °/o, et ici encore, comme chez les femmes, ce sont les sujets à troubles hystériques très marqués qui sont les moins accessibles à la suggestion.

Dans un groupe de 22 cas qui comprend des états de **déséqui-**

libre mental confinant à la vésanie (folie du doute, obsessions graves), des **alcooliques,** des états d'affaissement intellectuel suspects de **paralysie générale au début** et de **démence précoce, des mélancoliques** et des **hypochondriaques,** les résultats positifs ont été au nombre de 8, soit une proportion de **36 °/₀** ; les cas négatifs concernent des individus que leur déchéance mentale ou leurs préoccupations hypochondriaques prédominantes rendent inaccessibles à la suggestion nouvelle. Du reste, dans ce groupe, les réponses positives elles-mêmes sont peu développées, mentionnant à peine quelques picotements, sensations de chaleur, petites trépidations. Un malade déséquilibré, onaniste, avec hallucinations olfactives a signalé, à côté de sensations localisées aux doigts, une sensation olfactive intéressante : il a prétendu sentir l'odeur de la pile qu'il croyait contenue dans l'appareil.

En somme, sur 92 malades du sexe masculin examinés, y compris quelques malades atteints d'affections organiques du système nerveux, 49, soit **53 °/₀**, ont donné des réponses positives ; 43, soit 47 °/₀, des réponses négatives. La proportion est ainsi sensiblement la même que pour les sujets du sexe féminin.

RÉCAPITULATION

	SUJETS FÉMININS			SUJETS MASCULINS		
	Total.	Cas positifs.	Proportion.	Total.	Cas positifs.	Proportion.
Neurasthénie	53	41	77 %	51	31	61 %
Hystérie	28	12	43 %	9	4	44 %
Mélancolie, hypochondrie, déséquilibre mental et autres vésanies	13	3	15 %	22	8	36 %
Affections nerveuses à lésions et autres affections organiques	17	5	23 %	10	6	60 %

En réunissant les malades des deux sexes, on trouve que *sur 203 personnes examinées, 110, soit* 54 °/₀, *ont donné des réponses positives ;* 93, soit 46 °/₀, des réponses négatives.

Plus de la moitié des personnes examinées ont donc succombé au piège qui leur était tendu, ont cédé à la suggestion. Je ne voudrais pas tirer de ces chiffres des déductions d'un caractère

absolu et les donner comme la mesure de la suggestibilité humaine en général. Mes expériences prouvent tout au moins l'extrême fréquence des phénomènes de suggestion chez les nerveux et mettent bien en lumière le rôle prépondérant de l'idée dans la genèse de leurs sensations.

Quelques considérations sur la manière dont se sont comportés les malades des différents groupes me seront permises à la fin de ce travail. *C'est,* comme on l'a vu, *dans la catégorie des* NEURASTHÉNIQUES *qu'on rencontre la plus forte proportion de sujets accessibles à la suggestion,* et cela n'est pas de nature à surprendre, car tout dans la mentalité du neurasthénique concourt à la favoriser. Le neurasthénique, en effet, possède une activité psychique compliquée, touffue; il est généralement cultivé au point de vue intellectuel et moral. Ses sentiments affectifs sont très développés. C'est une cire molle que tout impressionne. Son jugement ne parvient pas à s'affranchir des influences émotionnelles, à établir une coordination rigoureuse entre les faits de conscience[1]. Le neurasthéniqne est en général bon, crédule, aimable, quand l'attention portée sur lui-même ne l'a pas rendu trop égoïste. Il représente en somme un type d'élite parmi les psychonévrosés. Placé en face de l'appareil, il s'intéresse à l'examen, l'accueille souvent avec une certaine appréhension, rarement avec indifférence. L'application des anneaux éveille immédiatement en lui des associations d'idées en rapport avec l'électricité, son attention est tendue et prête à signaler les moindres sensations, *attention expectante* au premier chef, avec sa puissance suggestive bien connue. Le neurasthénique répond souvent à la question : « Sentez-vous quelque chose? » par les mots : « Pas encore, pas jusqu'à présent », laissant entrevoir qu'il s'attend bien à sentir quelque chose dans la suite.

L'HYSTÉRIQUE se comporte à cet égard très différemment : la malade, car il s'agit plus souvent d'une femme, ne prend pas l'examen au sérieux. Même ses démonstrations de crainte ont quelque chose de théâtral, de factice, ce n'est pas une émotion sentie. Aussi les sensations, malgré les manifestations bruyan-

1. — Dans une étude antérieure, j'ai fait ressortir à quel point cet irrationalisme mental peut se traduire par des troubles moteurs à l'occasion de l'examen du réflexe rotulien. (*Journal de Neurologie,* n° 8, 1903.)

tes du sujet, se réduisent-elles au fond à fort peu de chose. Souvent l'indifférence à l'égard de l'examen est absolue. Le sujet passe machinalement ses doigts dans les anneaux, reste impassible et répond par un « non » sans commentaires, aux questions que l'expérimentateur est obligé de lui poser ; son inattention se manifeste entre autres par une grande difficulté à garder les yeux fermés pendant toute la durée de l'examen.

J'ai trouvé la passivité la plus grande chez les malades présentant des troubles hystériques classiques, ainsi chez toutes les malades ayant une anesthésie cutanée étendue, chez des jeunes filles anorexiques, chez des femmes abasiques. Janet, dans ses magistrales études psychologiques sur l'hystérie, a signalé l'indifférence et la distraction qu'on rencontre chez les hystériques à l'égard de tout ce qui touche aux sensations. Il considère cette distraction pathologique comme une des causes principales des troubles de sensibilité, et mes expériences paraissent confirmer cette manière de voir.

Quand j'ai commencé mes expériences, j'avoue que, pénétré de l'idée que les hystériques vivent dans un monde d'autosuggestions, je m'étais attendu à rencontrer dans cette classe de névrosés le plus grand nombre de résultats positifs. Je n'ai pas été long à me rendre compte que chez eux la suggestion spéciale créée par l'examen rencontre par le fait de la distraction de grandes difficultés. Si l'hystérique est suggestible, il l'est, si je puis m'exprimer ainsi, à son heure, à sa fantaisie ; il saisit l'idée au gré de sa disposition d'esprit capricieuse, et en subit alors la domination ; mais le plus souvent, ancré dans un système fixe d'autosuggestions, il est plus réfractaire que le neurasthénique et l'individu sain à une hétérosuggestion nouvelle. C'est le cas surtout pour les hystériques classiques chez lesquels, d'après Janet, le rétrécissement du champ de conscience a imprimé à la mentalité un type déterminé. Qu'importe, en effet, à l'hystérique abasique ou anorexique l'examen qu'on prétend lui imposer ? Il demeure totalement en dehors de son champ de conscience absorbé tout entier par l'idée maladive. Quelquefois cependant, et j'en ai cité un cas typique, la suggestion s'établit parce qu'elle est conforme à des autosuggestions préexistantes auxquelles elle vient se surajouter.

Il n'en est pas de même chez l'HYPOCHONDRIAQUE GRAVE et le

MÉLANCOLIQUE, chez lesquels le résultat également négatif de l'examen de la suggestibilité est dû à d'autres causes. L'hypochondriaque peut bien être, par l'intensité de ses préoccupations maladives, surtout quand celles-ci sont accompagnées de sensations pénibles, rendu indifférent à l'examen en question ; mais, en général, il l'accueille avec un scepticisme amer, sûr d'avance qu'il ne sentira rien, qu'au contraire l'examen ne sera qu'une preuve de plus de son incurabilité. Il se produit chez lui une vraie *autosuggestion négative* qui, pour aboutir au même résultat que l'aboulie hystérique, n'en est pas moins d'essence toute différente.

Si la suggestibilité suppose chez l'homme un niveau psychique d'une certaine élévation, faut-il saluer sa présence, telle qu'elle est révélée chez le nerveux par l'examen que j'ai décrit, comme un signe favorable et dire avec Bérillon que suggestion est synonyme d'éducabilité ? — Je ne saurais être de cet avis. Sans doute le fait de rencontrer chez un nerveux une suggestibilité considérable indique une mentalité plastique et malléable qui pourra être susceptible d'une influence éducatrice favorable. Je préfère cette mentalité à celle du nerveux raisonneur, sceptique, indifférent, qui ne subira pas la suggestion de l'électrisation, mais qui résistera aussi à l'influence psychothérapique. Cependant on peut rencontrer des nerveux qui, bien que doués d'une sensibilité affinée, bien qu'apportant à l'examen la plus grande attention, résistent à la suggestion. Ils dénotent par là une rectitude de jugement qui, pour n'être pas générale, car ils peuvent faire preuve d'illogisme sur un point spécial, n'en est pas moins un sûr garant de leur aptitude à un traitement psychique rationnel.

L'expérience m'a prouvé que l'examen de la suggestibilité au moyen de l'électrisation simulée est en mesure d'apporter à l'observateur attentif des matériaux précieux pour la connaissance de la mentalité du sujet. Le procédé constitue, pour employer l'expression de Binet, un véritable *test de psychologie individuelle.* Le praticien pourra en tirer parti même dans un but directement curatif en révélant en temps opportun au malade le piège dans lequel il est tombé. En lui donnant ainsi une preuve convaincante de son illogisme mental, il pourra insister d'autant plus sur la nécessité de fortifier en lui le

contrôle raisonnable, et c'est là le but, à mon avis, de toute psychothérapie rationnelle, à défaut de quoi le nerveux retombera toujours dans ses autosuggestions maladives.

M. RÉGIS, *de Bordeaux.* — J'ai été surpris d'entendre M. Schnyder dire que, parmi ceux de ses malades qui se sont montrés suggestibles, il y en avait de « nettement vésaniques ». Je croyais qu'il était bien démontré aujourd'hui que le *vésanique,* c'est-à-dire l'aliéné véritable et pur, était réfractaire à la suggestion.

Il eût été nécessaire de contrôler les expériences de suggestibilité chez ces malades par des expériences analogues chez des sujets sains. Je suis convaincu en effet — l'observation nous montre tous les jours des faits de cet ordre — que si l'on plaçait entre les mains d'individus quelconques, non névropathes, les pôles d'un appareil électrique au repos, en leur affirmant que le courant passe, un certain nombre d'entre eux sentiraient ce courant. Pour apprécier exactement la valeur de cette méthode comme agent de révélation de la suggestibilité chez les nerveux, il était donc nécessaire de pratiquer la contre-partie, c'est-à-dire de déterminer ce qu'elle donne chez des sujets non malades, pris au hasard.

Je désire enfin rappeler à M. Schnyder que si les expériences préalables auxquelles il soumet ses malades peuvent, dans une certaine mesure, révéler chez eux l'existence de la suggestibilité et son degré, elles ne sauraient indiquer, par cela même, si cette suggestibilité sera ou non utilisable en pratique. La suggestibilité expérimentale n'est pas, en effet, la suggestibilité thérapeutique, et de ce que l'épreuve du pseudo-courant électrique aura été positive chez un sujet il ne s'ensuit pas, tant s'en faut, que son obsession, s'il en a une, doive céder à la suggestion.

M. CROCQ, *de Bruxelles.* — Au Congrès de psychologie de Munich, M. A. Voisin rapporta des succès qu'il avait obtenus par la psychothérapie chez les aliénés; j'objectai que des aliénés véritables n'étaient pas suggestibles, que mes essais avaient échoué. Depuis lors je n'ai cessé d'essayer la suggestion chez les aliénés et jamais je ne suis parvenu à influencer un véritable psychopathe. Ces faits prouvent que l'on ne s'entend pas bien

sur ces termes *névropathe* et *psychopathe* et que les malades considérés par M. Régis et par moi comme des *nerveux,* sont classés par MM. Voisin et Schnyder parmi des *aliénés.*

M. SCHNYDER. — Le temps restreint accordé à ma communication ne m'a pas permis d'insister sur ce fait, que les malades classés comme vésaniques dans ma statistique (35 sujets), sont précisément ceux chez lesquels on rencontre la plus forte proportion de résultats négatifs, conformément à l'opinion de M. Régis. Cela est vrai, surtout pour les mélancoliques et les hypochondriaques graves.

Je suis également convaincu que l'examen de la suggestibilité, tel que je le pratique, donnerait chez les sujets sains des résultats positifs dans une proportion même plus considérable que chez les malades nerveux dont un grand nombre sont, par le fait même de leur état psychique, rendus réfractaires à la suggestion.

Quant à considérer la suggestibilité expérimentale comme utilisable en pratique, j'en suis d'autant plus éloigné que mes efforts thérapeutiques visent précisément à débarrasser les nerveux de leurs autosuggestions et à fortifier en eux le contrôle de la raison.

Dr CROCQ, *Professeur agrégé à l'Université de Bruxelles (Belgique).*

Les phénomènes morbides d'habitude. — Insomnie et attaque d'habitude. — Au Congrès de Bruxelles, notre distingué président, M. le professeur Brissaud [1], attira l'attention sur les douleurs d'habitude. « Certains sujets, disait-il, viennent nous consulter pour une douleur dont la nature, l'intensité, le siège même n'ont qu'une importance secondaire, alors que son caractère essentiel est de survenir soit à date fixe, à heure fixe et sans influence extérieure appréciable, soit à un moment quelconque, mais alors sous l'influence apparente d'une circonstance invariable et cependant manifestement insignifiante.

» Ainsi, dans l'un et dans l'autre cas, la douleur semble n'obéir

1. — Brissaud : *Les douleurs d'habitude* (" Progrès médical " 9 janvier 1904, n° 2, p. 17. Compte-rendu du Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles, t. II, p. 215).

qu'à une loi, celle de l'habitude. Tantôt l'habitude se rapporte à un moment prévu, par une sorte d'horaire spécial au sujet, tantôt elle se manifeste à un moment fixé par une occupation spéciale au sujet. L'heure, comme la circonstance occasionnelle, varie selon les sujets, mais est invariable chez chaque sujet, en d'autres termes, l'heure et la circonstance sont individuels. »

L'intéressante communication de M. Brissaud provoqua un assentiment général : tous les assistants avaient observé des douleurs d'habitude, tous retrouvaient, dans la description des cas relatés, la reproduction de ceux qu'ils avaient eux-mêmes observés. M. Toulouse fit remarquer que nous sommes soumis à un véritable système cyclique inconscient, analogue, pour l'état psychique, à celui que l'on observe pour la température somatique. Ce rythme, une fois établi, il est bien difficile à un névropathe d'en sortir.

L'habitude est, sans contredit, un des phénomènes les plus communs de notre système nerveux dont le fonctionnement tend incessamment à devenir automatique : tout acte, toute impression, toute pensée, s'étant une première fois produits, auront une tendance naturelle à se reproduire par la suite avec une facilité de plus en plus grande à mesure que cet acte, cette impression, ou cette pensée auront davantage tracé le chemin des communications interneuroniques, chemin que Descartes attribuait à l'*action mécanique des esprits animaux*.

C'est ainsi que chaque heure qui sonne amène son idée habituelle, provoquant des actes dans lesquels la conscience intervient peu ou pas du tout. Dans une habitude complexe, la succession des actes s'explique par la succession des idées qui leur ont donné naissance une première fois; ces idées sont conservées et associées suivant l'ordre que la volonté ou les circonstances leur ont imposé. Toutes nos habitudes se résolvent en représentations déterminantes, idées ou émotions, dont nous subissons l'influence à notre insu [1].

L'habitude, si fréquente en physiologie, l'est plus encore en pathologie ; si, en effet, un système nerveux normal se laisse pétrir par les circonstances extérieures, et est soumis aux phénomènes si fréquents de l'habitude, un système nerveux anormal,

1. — Colsenet : *La vie inconsciente de l'esprit* (Paris, 1880, p. 200).

plus suggestible, plus automatique, moins refréné par le moi conscient, devient l'esclave de l'habitude ; son fonctionnement psychique supérieur, au lieu de dominer le système psychique inférieur, se trouve tout entier sous sa domination ; ce que ce sujet fait, ce n'est pas ce qu'il a résolu après mure réflexion, c'est ce que son psychisme inférieur lui impose ; il se rend compte de son aboulie, il reconnaît qu'il devait agir autrement et cependant il cède à ses impulsions habituelles.

MM. Meige et Feindel[1] ont magistralement décrit le rôle de l'habitude dans la genèse des tics : « L'influence néfaste de la débilité volontaire, disent-ils, apparaît clairement si l'on considère que le tic n'est pas autre chose qu'une habitude motrice anormale... dont le sujet est incapable de maîtriser le besoin. »

Les travaux successifs de Meige sur cette question me dispensent d'insister ; il paraît aujourd'hui établi que le tic est un véritable phénomène d'habitude analogue à la douleur d'habitude décrite par Brissaud. Mais les phénomènes morbides d'habitude sont très nombreux, je dirai même infinis ; ils se rencontrent dans les maladies les plus diverses des organes les plus variés. Le passage à l'état chronique des maladies aiguës quelconques n'est-il pas un fait de ce genre : l'organe atteint, dont la nutrition est viciée, a, chez certains sujets, une tendance bien marquée à présenter des perturbations définitives qui ne sont que des habitudes nutritives défectueuses.

Changez cet état de choses, provoquez une perturbation subite dans cette habitude organique vicieuse, favorisez, par exemple, un nouveau processus aigu et l'organe, ayant perdu l'habitude de fonctionner de la manière qui était devenue pour lui normale pourra, après guérison du processus aigu, reprendre son fonctionnement d'autrefois.

Dans les affections du système nerveux, l'habitude joue nécessairement un rôle beaucoup plus grand encore : dans les névroses, *tout est habitude* peut-on dire ; les douleurs, les obsessions, les phobies, se produisent de plus en plus facilement à mesure qu'elles se répètent. Une première impression frappe-t-elle un système nerveux faible, présentant cette infériorité du psychisme supérieur dont nous avons parlé, elle aura une tendance invin-

1. — Henry Meige et E. Feindel : *Les tics et leur traitement* (Paris, 1902, p. 102).

cible à se reproduire soit spontanément, soit à l'occasion d'une cause insignifiante quelconque.

Tel sujet traverse une passerelle ; sous l'influence d'un incident peu précis, l'idée lui vient qu'il pourrait tomber ; à partir de ce moment il ne peut plus jamais traverser de passerelle ; c'est le cas d'une jeune névropathe que j'observe en ce moment.

Tel autre craint, un beau jour, d'être écrasé par un véhicule ; depuis cette époque il ne peut plus traverser les rues même lorsqu'elles sont désertes : inconsciemment la vue de la voie publique réveille en lui l'idée du danger et consécutivement l'inhibition motrice que sa volonté est incapable de vaincre.

***

Ces faits sont trop banals pour que je doive m'y arrêter plus longtemps ; je désire seulement insister sur deux phénomènes d'habitude qui me paraissent frappants.

Dans une communication à la Société belge de Neurologie, j'ai incidemment parlé de l'*insomnie d'habitude*.

A propos du traitement pathogénique des insomnies, je faisais remarquer que, dans bien des cas, la suppression de la cause de l'insomnie n'entraîne pas immédiatement le retour du sommeil normal. Je citais les exemples suivants [1] :

Voici, par exemple, une femme hystérique, dormant habituellement bien, qui sous l'influence d'une névralgie intercostale, devient agrypnique ; c'est à peine si elle repose pendant deux heures, la souffrance la réveillant dès qu'elle commence à sommeiller.

La douleur persiste pendant six jours, puis disparaît complètement.

Elle se croit guérie et se réjouit à l'idée qu'elle pourra se reposer enfin comme auparavant. Mais, ses espérances sont vaines ; dès la première nuit, elle se sent agitée ; elle constate, avec anxiété, que son insomnie persiste ; elle espère que tout rentrera bientôt dans l'ordre, mais, au bout de quelques jours elle se rend compte que l'équilibre est rompu et que la nuit la laisse harassée de fatigue. Elle me décrit son état, je lui admi-

1. — Crocq : *Traitement pathogénique des insomnies.* (" Ann. de la Soc. Belge de Neur. "), n° 1, 1904, séance du 28 mai. — (" Journal de Neurologie ") 20 juillet 1904, n° 14, p. 275.

nistre, deux jours consécutifs, un hypnotique à dose moyenne ; le sommeil revient et se rétablit normalement.

Voici un nerveux, bon dormeur jusqu'au moment où il fait une perte d'argent importante ; sous l'influence de cet événement son sommeil devient mauvais, il s'accuse d'avoir ruiné les siens, cherche à obvier à son malheur, combine des opérations financières. Pendant quinze jours, il se repose à peine, puis, par un revirement comme il s'en produit si souvent à la Bourse, sa situation change du tout au tout ; non seulement la ruine est évitée, mais la fortune lui sourit, il se réjouit, se sent le cœur léger, mais le sommeil ne revient pas ; il n'est plus anxieux, mais il ne dort pas mieux ; il n'a plus d'idées de ruine, il ne combine plus les moyens de se refaire ; mais son esprit travaille encore, il ne parvient pas à calmer son idéation exagérée. Après huit jours d'attente, il suffit, dans ce cas, de l'administration d'un hypnotique, pris pendant *quatre jours consécutifs,* pour ramener le sommeil d'autrefois.

Je pourrais multiplier à l'infini des exemples analogues, qui prouvent que notre système nerveux est une véritable machine automatique, dont le fonctionnement, une fois troublé, a besoin d'être réglé à nouveau pour récupérer son équilibre normal.

Il s'agit évidemment là d'un phénomène d'habitude, d'*insomnie d'habitude,* manifestation de même nature que la *douleur d'habitude* décrite par Brissaud. Pour rompre cette habitude vicieuse de l'organisme, il suffit, à l'aide d'un hypnotique bien choisi, de provoquer *pendant quelques jours* le sommeil aux heures habituelles ; le système nerveux, momentanément perturbé, reprend alors son fonctionnement régulier, qui persiste après la suppression du soporifique. La cause résidant dans l'hyperexcitabilité cérébrale, l'administration des médicaments hypnotiques constituera, dans ces cas, une véritable thérapeutique pathogénique.

A propos des insomnies circulatoires, j'ajoutais :

Cette thérapeutique réussit dans un grand nombre de cas ; il est bon toutefois de se rappeler que le *phénomène d'habitude,* signalé à propos des insomnies nerveuses, peut se rencontrer aussi dans les insomnies circulatoires et qu'il est souvent utile, lorsque la circulation cérébrale est régularisée, d'employer,

pendant quelques jours, la médication soporifique, qui fera disparaître l'habitude de l'insomnie.

L'*insomnie* d'habitude est extrêmement fréquente et je suis certain, Messieurs, que vous l'aurez tous observée,

*
* *

Je désire maintenant appeler votre attention sur les *attaques d'habitude* que je considère également comme peu rares. Je n'étonnerai personne en parlant d'attaques d'habitude dans l'hystérie; ainsi que je l'ai dit plus haut, tout dans l'hystérie est automatisme plus ou moins conscient, tout est habitude.

Observation I. — Marie L..., âgée de 25 ans, vient me consulter le 15 janvier 1904, à la clinique Ste-Anne; dans ses antécédents héréditaires, je relève une mère hystérique, un père alcoolique et un frère tiqueur. La malade n'a présenté que des maladies infantiles ordinaires; elle a toujours été très impressionnable.

Le jeudi 12 novembre 1903, elle fut effrayée par un chien qui, brusquement, sauta sur elle. Elle s'enfuit regagna son domicile et, à peine arrivée à destination, elle fut atteinte d'une violente crise de nerfs (il était alors 3 heures de l'après-midi). Le dimanche 15 novembre, à 2 h. 1/2, elle présenta un nouvel accès, puis régulièrement tous les jeudis et tous les dimanches, entre 2 et 3 heures du soir, elle eut une crise. Soumise à un traitement hydrothérapique, elle n'en continua pas moins à présenter des attaques à date fixe.

Elle vint me consulter un vendredi, lendemain de son accès. Ayant reconnu l'absence de toute cause organique morale ou hygiénique de nature à entretenir les attaques, je conclus à des phénomènes d'habitude; je prescrivis 2 grammes de bromure de potassium à prendre le dimanche et le jeudi suivants à 2 heures du soir. Les accès furent supprimés; la malade continua son traitement pendant trois semaines au bout desquelles je la considérai comme guérie; depuis lors, malgré la suppression du bromure, les accidents ne se sont plus reproduits.

Observation II. — Louise C..., âgée de 32 ans, vient me consulter le 5 décembre 1903; son père est mort d'apoplexie, sa mère est nerveuse, un frère est épileptique, une sœur aliénée. Elle-même a toujours joui d'une santé physique excellente. A plusieurs reprises, elle a été atteinte de dépression mélancolique passagère. Le 26 novembre 1903 elle a éprouvé une frayeur violente; son frère, dans un de ses accès s'est horriblement brûlé le visage. En le voyant, elle présenta une première attaque de nerfs vers 9 heures du soir; depuis lors, tous les deux jours, vers la même heure, l'accès se reproduit.

Toutes les fonctions organiques se faisant parfaitement, je prescris 2 grammes de bromure de potassium à prendre vers 7 heures du soir,

le jour où l'accès doit se produire. A partir de ce moment, les accidents convulsifs cessent ; après quinze jours, le traitement est suspendu, la guérison se maintient définitive.

Observation III. — Jules A..., âgé de 16 ans, vient me consulter le 20 février 1904 ; son père est alcoolique, sa mère nerveuse, deux sœurs sont hystériques. Lui-même a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans. Très sensible au tabac, une cigarette provoquant déjà des troubles toxiques, il a voulu néanmoins fumer un cigare, il l'a dégusté jusqu'au bout, mais il s'est ensuite senti nerveux, inquiet et, dix minutes après, éclata un accès convulsif hystérique. Cela se passait le 2 février, à 3 heures de l'après-midi ; le lendemain, vers la même heure, nouvelle crise ; le surlendemain, même accident à 11 heures du matin, puis tous les jours une crise entre 11 heures et 3 heures. Lorsque je vis le malade, je ne relevai aucune trace de trouble organique ni d'intoxication quelconque. L'administration du bromure de potassium à la dose de 2 grammes, pris à 9 heures du matin, coupa net ces accès ; le traitement fut cessé au bout de quinze jours ; la guérison se maintint.

Je pourrais multiplier ces exemples, les attaques d'habitude étant excessivement fréquentes dans l'hystérie ; il s'agit, dans tous les cas d'accès, qui, créés par une cause occasionnelle banale, continuent à se produire bien que l'agent étiologique ait disparu. Certes, la guérison de ces cas n'est pas toujours aussi aisée que celle qui a été obtenue dans les trois observations précédentes ; ce sont là des faits types, qui démontrent la continuation des phénomènes convulsifs malgré la suppression de la cause et la guérison rapide sous l'influence de l'arrêt brusque du phénomène d'habitude. Souvent, les accès, bien que constituant des phénomènes d'habitude, se reproduisent malgré les traitements, l'habitude morbide s'enracine profondément dans un système nerveux malléable ; il en est de même, du reste, des tics qui, bien qu'étant des phénomènes d'habitude, peuvent cependant présenter une résistance invincible au traitement.

Mais ce n'est pas seulement dans l'hystérie que l'on peut rencontrer des attaques d'habitude ; ces accidents peuvent se produire même dans certaines épilepsies. Il est bien évident que je n'envisage pas ici les cas d'épilepsie constitutionnelle, dite essentielle, s'accompagnant de troubles mentaux, je veux parler seulement de certaines épilepsies occasionnelles, provoquées par l'action d'un agent étiologique fortuit sur un terrain neuropathique.

Observation IV. — Louis V..., âgé de 34 ans, ouvrier agricole, vient me consulter à la clinique le 10 février 1904 ; ses parents sont vivants et bien portants, sa mère est nerveuse, deux frères et sœurs sont très nerveux. Le malade n'a pas eu de convulsions ; il a fait la coqueluche, la scarlatine et la rougeole. Sobre d'habitude, il a, le 15 janvier, fait des excès anormaux de boissons ; ivre-mort, il a dormi pendant quinze heures, puis, au réveil, le samedi 16 janvier, vers midi, il présenta un accès épileptiforme caractérisé.

L'accès se représenta le lundi, vers la même heure, puis le vendredi et ensuite tous les lundis et vendredis entre 11 heures et midi jusqu'au jour où il vint me voir, c'est-à-dire le mercredi 10 février. Ayant reconnu l'absence de cause appréciable quelconque à ces accès, l'intégrité absolue des voies digestives et de la nutrition générale, je prescrivis trois grammes de bromure par jour, plus deux grammes en une fois les lundis et vendredis à 10 heures. Les attaques cessèrent brusquement ; au bout de quinze jours le traitement fut suspendu et la guérison se maintint.

Observation V. — Paul L..., âgé de 19 ans, garçon de magasin, vient me consulter le 5 mars 1904 ; son père est mort à l'âge de 37 ans de tuberculose pulmonaire, sa mère est bien portante ; une sœur a été choréique, un frère est alcoolique. Lui-même n'a pas eu de convulsions ; il a joui d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de 18 ans, époque à laquelle il fut atteint de dyspepsie avec auto-intoxication intense ; c'est après une digestion plus pénible que de coutume avec phénomènes autotoxiques très marqués qu'il a, en août 1903, présenté un premier accès épileptique.

La crise se reproduisit ensuite à l'occasion de nouvelles digestions difficiles, puis au bout de trois mois, elle reparut assez régulièrement deux fois par semaine sans être chaque fois précédée de troubles gastro-intestinaux plus accentués que de coutume. Désirant me rendre exactement compte de l'étiologie du cas, j'administrai du bromure de potassium à la dose de 6 grammes par jour. Ce traitement produisit, en même temps qu'une augmentation de troubles digestifs, un accroissement du nombre des accès. Je cessai la médication et prescrivis un régime léger, l'usage de boissons alcalines, je régularisai les selles. Les phénomènes dyspeptiques s'amendèrent ; en même temps, les accès qui se montraient, pendant le traitement bromuré, jusqu'à cinq et six fois par semaine, reprirent leur fréquence antérieure et ne reparurent plus que deux fois par semaine. A la fin du mois d'avril, je pus constater que les voies digestives étaient redevenues normales, que la nutrition était bonne. Malgré cela, les accès se reproduisaient toujours deux fois par semaine. Estimant que la cause organique des attaques n'existait plus, et que ces dernières ne se produisaient plus que grâce à une habitude vicieuse de l'organisme, j'instituai à nouveau le traitement bromuré, à la dose de 6 grammes par jour, comme antérieurement (26 avril). Le malade eut un accès pendant la semaine, puis deux

dans la suivante, puis un, puis plus du tout. La médication fut poursuivie pendant un mois et la guérison fut définitive.

Observation VI. — Louis P..., âgé de 26 ans, ouvrier tapissier, se présente à ma consultation le 2 avril 1904 ; son père est mort d'alcoolisme chronique, sa mère est bien portante. Enfant unique, P... a eu à l'âge de 3 ans, un accès de convulsions pendant une coqueluche. Depuis il a toujours joui d'une santé parfaite. Le 12 mars, travaillant au haut d'une échelle, il a senti cette dernière vaciller ; pour éviter une chute brutale, il sauta sur un matelas, fortuitement placé près de l'échelle. Il ne se fit aucun mal, mais l'émotion morale fut telle qu'il présenta un accès d'épilepsie.

L'accident eut lieu un samedi, à 10 h. 1/2 du matin ; depuis lors, tous les huit jours, le samedi, entre 10 heures et 2 heures, il se sent tremblant et est pris d'une attaque épileptique. Les fonctions organiques étant en bon état, je conclus à des accès d'habitude ; je conseillai à cet homme d'avaler 3 grammes de bromure le samedi à 8 heures du matin, et j'eus le plaisir de constater la cessation brusque de toute convulsion. Après quatre semaines, je permis au patient de cesser son traitement ; la guérison se maintint.

Ces faits, dont je pourrais donner des exemples plus nombreux, viennent à l'appui de cette idée que j'énonçais tantôt, à savoir que les phénomènes d'habitude sont excessivement fréquents en pathologie nerveuse ; ils prouvent entre autres que si la douleur d'habitude se rencontre souvent, l'insomnie d'habitude et l'attaque d'habitude sont loin d'être rares.

Dr RÉGIS, *de Bordeaux*. — L'idée fixe, l'obsession me paraissent jouer un rôle important dans les phénomènes morbides d'habitude dont vient de nous parler M. Crocq.

En ce qui concerne notamment l'*insomnie d'habitude*, dont j'ai observé de nombreux exemples, je puis dire que, constamment, je l'ai trouvée liée à une idée fixe, à une obsession.

Les sujets qui en sont atteints se divisent très nettement pour moi en deux catégories : les uns ne dorment pas parce qu'ils ont *peur de ne pas dormir*, c'est-à-dire par *phobie de l'insomnie ;* les autres ne dorment pas parce qu'ils ont *peur de dormir*, c'est-à-dire par *phobie du sommeil.*

Les premiers ont eu, à l'origine, une ou plusieurs nuits d'insomnie, sous l'influence d'une cause accidentelle quelconque : maladie, préoccupation, bruits du dehors, tels que cloches, aboiements de chien, etc. A dater de ce moment, ils ont eu peur

de continuer à ne pas dormir et, chaque soir, en se mettant au lit, ils s'auto-suggestionnent en se disant anxieusement : « Vais-je dormir ? Si j'allais encore ne pas dormir ? Je suis sûr que ça va encore être la même chose, que je ne vais pas dormir ? » ; et alors, infailliblement, ils ne dormiront pas, comme l'éreutophobe est sûr infailliblement de rougir lorsqu'il s'est dit anxieusement par avance : « Si j'allais rougir ? Je sens que je vais rougir ! »

Ce qu'il y a de particulier, chez ces insomniaques d'habitude, c'est qu'ils ont recours pour dormir à tous les hypnotiques, qu'ils expérimentent l'un après l'autre, sans aucun succès, car ils en neutralisent d'avance l'action par leur auto-suggestion phobique.

Chez les sujets qui ont de l'insomnie d'habitude, par peur de dormir, par phobie du sommeil, les choses se passent ordinairement de même. A l'origine, il y a eu, soit un malaise nocturne qui a fortement ébranlé l'émotivité de l'individu, soit la nouvelle de la mort brusque, la nuit, d'une personne connue. Dès lors, la phobie est créée et le malade ne dort plus parce que, s'auto-suggestionnant, il se répète anxieusement tous les soirs : « Si j'allais ne pas me réveiller ? Si j'allais mourir dans mon sommeil ? Je vais peut-être m'en aller en dormant ? » Et c'est ainsi que par ce mécanisme il en arrive, sans s'en apercevoir parfois, à l'insomnie d'habitude.

On voit par là, comme je le disais, qu'au fond de l'insomnie d'habitude il y a le plus souvent une idée fixe, une obsession. Je suis convaincu qu'il en est de même pour beaucoup d'autres de ces phénomènes pathologiques d'habitude que M. Brissaud a si heureusement signalés, et dont M. Crocq vient à son tour de nous entretenir de façon si intéressante.

Dr CROCQ, *de Bruxelles*. — Je suis d'accord avec M. Régis pour reconnaître un rapport très étroit entre des obsessions d'habitude et l'insomnie d'habitude, mais je crois qu'il existe des insomnies d'habitude sans obsession d'habitude.

Dr CROCQ, *de Bruxelles.*

Un moyen épilepto-frénateur héroïque. — Le décubitus latéral gauche. — « Quand les convulsions ont commencé, dit Féré [1] en parlant de l'épilepsie, il n'y a rien, sauf de rares exceptions, qui puisse les arrêter. Les seules mesures à prendre alors sont des mesures de préservation ayant pour but d'éviter des blessures et la suffocation. »

« Il n'est possible d'arrêter un accès épileptique, dit Kovalevsky [2], que dans le cas où il est précédé d'aura. »

Cette manière de voir est, depuis longtemps, admise par tous les cliniciens ; autant il est unanimement reconnu que les attaques précédées d'aura peuvent être quelquefois empêchées, par des moyens empiriques que le malade met du reste lui-même en usage, tels que la constriction d'un membre ; autant on s'incline devant l'impossibilité d'arrêter un accès d'épilepsie lorsqu'il est commencé.

Le mieux, dans l'état actuel de nos connaissances, est de laisser le malade tranquille, d'où cette coutume populaire de le couvrir jusqu'à la cessation des convulsions.

Eh bien, Messieurs, l'idée dans laquelle nous avons été élevés qu'aucun moyen d'arrêter un accès d'épilepsie n'existe, est absolument fausse. Nous possédons un procédé d'une simplicité étonnante et d'une puissance plus surprenante encore.

Le 28 mai 1904 a paru, dans le *British medical Journal,* un articulet signé de Mac Conaghey, d'Edimbourg, sur une méthode d'arrêter les attaques épileptiques. Cette note, perdue au milieu d'autres sous le titre de « memoranda », contient les lignes suivantes [3] : « Me trouvant un jour dans un refuge de femmes épileptiques, je vis l'infirmière, qui vit dans la crainte perpétuelle de perdre une de ses malades par suffocation pendant un accès, secouant vigoureusement et frappant le dos d'une patiente en proie à la période clonique d'une crise d'épilepsie. Comme je la questionnais sur ces étranges procédés, elle me dit qu'elle tâchait d'arrêter l'accès et m'expliqua comment elle était arrivée à employer ce moyen. Un jour, comme elle s'élan-

1. — Féré : *Épilepsie* (Encyclopédie des aides-mémoire. Paris, p. 163).
2. — Kovalevsky : *Épilepsie* (Paris, 1901, p. 94).
3. — *British medical Journal,* 1904, n° 2265, 28 mai, p. 1253.

çait à l'aide d'une malade atteinte d'une terrible attaque, elle fit un faux pas et tomba sur la patiente dont, à son grand étonnement, la crise cessa immédiatement. Continuant ma visite, je pris note des malades sérieusement atteintes et j'ordonnai à l'infirmière de tourner la patiente sur le côté gauche au début de la crise, de la maintenir en cette position et de me rendre compte des résultats.

» J'ai également essayé cette méthode par moi-même dans plusieurs cas avec un succès complet.

» Presque tous les cas dont il s'agit ont été traités pendant la période de spasme tonique ; dans chaque cas, la malade fut tournée sur le côté gauche ; les muscles s'assouplirent et la couleur de la face revint ; l'embarras de la respiration et la perte de connaissance continuèrent quelque temps, mais aucun spasme clonique ne se produisit. J'ai également essayé de tourner la patiente sur le côté droit, mais j'obtins de moins bons résultats....

» Maintenant quand je me trouve en présence d'un malade en proie à une attaque, je le tourne rapidement sur le côté gauche et je ne fais rien d'autre que de le maintenir dans cette position. L'effet est généralement prompt, il n'y a aucun danger de blessures à la langue, puisqu'il n'y a pas de contraction des mâchoires et que la respiration est facile. La plupart des malades que j'ai traités de cette manière avaient des accès violents : livrés à eux-mêmes, ils tombaient dans une violente période convulsive. »

Comme complément à cette méthode, l'auteur décrit le moyen d'arrêter les accès précédés d'aura périphérique en ligaturant le membre qui en est le siège.

Parmi les faits signalés par Mac Conaghey, il en est qui sont connus et même presque banals ; ainsi que nous l'avons dit, l'arrêt des accès précédés d'aura a été indiqué depuis longtemps et est pratiqué instinctivement par les malades. De même la pratique de son infirmière qui cherchait à arrêter la crise en frappant la patiente a été signalée par Féré et Jules Voisin.

Mais le procédé qui consiste à placer le malade sur le côté gauche est nouveau et mérite d'être examiné attentivement.

Dès que j'eus connaissance de l'article sus-mentionné, je recommandai au surveillant de la maison de santé d'Uccle de mettre ce moyen en usage.

Il y avait, à ce moment, seulement deux épileptiques, ayant des accès très fréquents : le premier, atteint de démence épileptique, présentait deux espèces d'accès très différents : les uns précédés d'un aura consistant en une crampe dans le bras gauche, les autres subits, sans phénomène prémonitoire. Le malade parvenait, en serrant violemment sa main gauche à l'aide de sa droite, à arrêter la plupart des accès de la première espèce ; il était impuissant à empêcher les seconds qui arrivaient sans trouble prémonitoire quelconque.

Il tombait de deux à six fois par jour. Dès le premier jour, le surveillant me dit qu'ayant tourné le malade sur le côté gauche au début de la période tonique, il avait constaté la détente immédiate et le retour rapide à la conscience, sans la période clonique et sans le stertor habituels.

A partir de ce moment, le procédé fut mis en usage tous les jours et toujours avec un résultat analogue.

Un jour le malade tomba en ma présence ; immédiatement le surveillant le tourna sur le côté gauche et je vis l'accès cesser instantanément ; presque immédiatement le patient se releva.

L'autre malade est un épileptique psychique d'une force herculéenne, sujet à des attaques relativement peu nombreuses mais d'une intensité extrême ; le procédé décrit lui fut appliqué avec un résultat aussi éclatant : la période clonique fut supprimée et, après quelques secondes d'inconscience, le patient revint à lui sans s'être, comme d'habitude, mutilé la langue.

Le surveillant me raconta encore que, passant porte de Hal, il avait vu un homme tomber dans la rue en proie à un accès d'épilepsie ; immédiatement, il le tourna sur le côté gauche et l'accès s'arrêta presque instantanément.

Moi-même, passant rue du Progrès, je vis un épileptique tomber sur le trottoir ; l'ayant tourné sur le côté gauche, je le vis revenir à lui très rapidement sans qu'il ait présenté ni clonisme, ni stertor.

J'ai encore eu l'occasion d'appliquer la méthode dans cinq cas d'épilepsie grave ; le résultat fut toujours aussi éclatant que surprenant. L'entourage de ces malades ayant soin de recourir à ce procédé chaque fois qu'une crise se déclare, en est arrivé à supprimer complètement les accès complets et même, dans quatre de ces cas, à diminuer leur nombre.

Mon assistant, M. le Dr Marlow, a bien voulu me remettre la relation suivante :

François V..., 19 ans, ouvrier tapissier.

Père et mère bien portants. Une sœur et un frère idem.

Grand'mère maternelle : attaques d'épilepsie (?) à la suite de la ménopause (?).

Grand-père et grand'mère paternels morts de cause inconnue.

Première consultation fin avril.

Facies déprimé : deux ou trois grandes attaques par semaine.

Vertige épileptique fréquent.

Convulsions dans le bas-âge. Première attaque à l'âge de 6 ans.

Bromures à hautes doses.

Suppression des chlorures.

Le sujet se plaint d'un écoulement de sérosités nauséabondes par les narines. Polypes et queues de cornet dans chaque narine. Enlèvement des polypes et résection des cornets.

Les crises ne se sont reproduites que deux fois en quinze jours. Leur durée et leur violence semblent légèrement amoindries. Elles reparaissent bientôt, malgré le bromure et la suppression des chlorures.

Statu quo pendant une période de trois semaines.

Le 18 juin, le malade a une crise dans mon cabinet de consultation. Je le mets immédiatement sur le côté gauche avant l'apparition de la période clonique. La crise cesse brusquement et le malade revient à lui après une période de coma de quelques secondes. Il ne se souvient de rien.

Une nouvelle attaque se reproduit, chez lui cette fois, le 24 juin. On le place sur le côté gauche : la crise cesse instantanément.

Crise nouvelle le 2 juillet dans son atelier où on néglige de le placer sur le côté gauche. L'attaque est de plus courte durée qu'antérieurement.

Le malade a eu une nouvelle attaque le 13 juillet. La sentant venir, il s'est placé directement sur le côté gauche, ce qui a eu comme effet l'avortement de cette atteinte. La suppression des chlorures, jugée intolérable par le malade, fut interrompue à partir de la mi-juin.

Continuation de la médication bromurée.

Conclusion : Les crises ont diminué sous le rapport de la fréquence et de l'intensité depuis le jour où le malade a été placé sur le côté gauche.

Dans un cas où la méthode a été appliquée irrégulièrement, j'ai pu me convaincre, ainsi que M. Marlow le dit, que non seulement la fréquence des accès a diminué, mais encore que leur intensité s'est affaiblie. C'est du reste ce qui m'a été signalé aussi concernant le premier malade colloqué à l'Asile : les accès sont souvent si rapidement terminés spontanément qu'on n'a pas le temps de placer le malade sur le côté gauche.

Jusqu'à présent, je n'ai vu aucun accès résister à cette pratique pourvu qu'on l'applique au début de la période tonique. Je ne doute pas que des exceptions puissent contredire cette règle, mais je n'en suis pas moins persuadé que nous possédons, dans le décubitus latéral gauche, un moyen héroïque d'arrêter les accès d'épilepsie et peut-être aussi un procédé de nature à diminuer leur fréquence et leur intensité.

Dr Henry MEIGE, *de Paris.* — Toutes réserves faites sur la constance de l'efficacité du procédé signalé par M. Crocq, il est intéressant de rappeler à ce propos les différences signalées récemment par M. Pierre Sonnier *(Société de Neurologie,* 2 juin 1904) entre les phénomènes bulbaires suivant qu'ils sont localisés à droite ou à gauche. Il semble que les « bulbaires gauches » soient plus particulièrement exposés aux troubles angoissants, vaso-moteurs généraux et cérébraux, respiratoires, sécrétoires.

Dr FOVEAU de COURMELLES.

Le radium en thérapeutique nerveuse. — L'an dernier, au *Congrès des Aliénistes et Neurologistes des pays de langue française* à Bruxelles, dans ma communication sur la *Lumière en thérapeutique nerveuse,* d'ailleurs parue dans les *Archives de Thérapeutique* du 1er août 1903, je disais, après l'exposé des névralgies faciales guéries par les rayons ultra-violets de mon radiateur chimique *(Institut,* 24 décembre 1900, présentation de M. Lippmann), et les rayons X :

« Quant aux rayons X que nous avons montré puissamment anesthésiques, il n'y a donc rien d'étonnant qu'un agent anesthésique, hémostatique, transformateur des éléments vivants, pénétrant l'intimité des tissus, comme les rayons de Rœntgen agissent sur l'élément névralgique.... Le radium, métal rare et d'action non dosable donnera, quand son étude sera au point, des résultats probablement identiques. »

A la même époque, en une autre communication, au Congrès de l'Association Française pour l'avancement des sciences à Angers, paru dans la *Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale,* après avoir parlé des analogies entre le radium, les

rayons X et les ultra-violets : « Toutes les lumières sont analgésiques. »

Ces affirmations n'étaient nullement l'effet du hasard, car on les retrouve en mon enseignement à l'École Dentaire de Paris, 1902-1903. En septembre 1902, au *Congrès d'Électrologie et de Radiologie Médicales de Berne,* je montrai les analogies destructrices, chimiques et sédatives des rayons X, des rayons ultra-violets, du radium ; je rapprochai de mes expériences avec les rayons X sur 240 aveugles qui en avaient montré 9 percevant une sensation de lumière là où des normaux ne pouvaient rien percevoir (présentation de M. Marey, à l'Institut, 21 mars 1898), les perceptions lumineuses obtenues par le radium chez des aveugles par MM. Giesel, Javal.

Je ne rappellerai de ma communication de l'année dernière à ce Congrès que l'action analgésique de la lumière ultra-violette et des rayons X sur les névralgies faciales.

J'ajouterai que la suggestion ne pouvait être en cause, car la lumière bleue que je croyais anesthésique, qui l'est souvent même, et que j'avais appliquée à des malades, en leur vantant cette action calmante, n'avait fait qu'exacerber leur névralgie. Dans ces conditions, un changement d'agent physique ne pouvait que leur être suspect. Il est bon également de dire que la plupart des patients ont encore, le plus généralement, malgré les éloges de l'électricité souvent exagérés et intéressés publiés dans la grande presse, très peur de cet agent physique, ce qui me paraît peu propre à une suggestion favorable.

A ce Congrès des Aliénistes et Neurologistes, en 1895, j'ai montré l'action de l'électricité statique parfois franchement nocive et avec bonne suggestion cependant, ayant eu parfois de l'excitation et de la fatigue, au début, en des conditions où les patients connaissant l'opérateur et le traitement ne devaient trouver que du bien, recevoir une influence favorable. Ces effluves statiques sont, on le sait, de nature électrique et de nature lumineuse ultra-violette, surtout avec le peigne d'aluminium que j'emploie.

Si j'entre dans ces détails, c'est que la valeur bien connue de la suggestion peut rendre suspects les phénomènes de sédation de la douleur, quant à leur origine ou plutôt à leur cause ; simple action du moral sur le physique, mise en jeu des forces de

l'imagination du sujet prévenu, ou réelle influence thérapeutique. Pour les rayons X, il y a une certaine mise en scène, des appareils bruyants, et ainsi se pourrait expliquer quelque peu le mécanisme suggestif. Cependant, quand on agit dans des cas de cancers ou de névralgies faciales ayant résisté à tout, il y a des chances pour qu'autre chose que la suggestion agisse. Quant au radium, je l'ai utilisé avant que la grande presse n'en parle et n'influence le public, alors que de rares médecins, dont j'étais, l'essayaient silencieusement ; je pensai bien à l'action analgésique, témoin mes citations précédentes, mais je n'en parlai pas aux patients ; d'autre part, étant données les brûlures connues des rayons X et celles du radium obtenues sur des expérimentateurs (M. Becquerel) ou sur les malades, à l'hôpital Saint-Louis et que mes *Année Électrique* de 1900 et de 1902 mentionnent, je n'essayai que de faibles radio-activités et avec hésitation. Enfin, presque malgré moi, si j'ose m'exprimer ainsi, je n'osai ajouter la suggestion — de peur d'être démenti par les faits — à l'action thérapeutique. A cette époque, le radium, encore inconnu du public, je le répète, n'avait rien de sensationnel : cette poudre blanche, enfermée dans son tube de verre ou dans son étui métallique, n'avait réellement rien d'impressionnant. Je sais bien qu'en Octobre 1903 et en Février 1904, alors que le public commençait à connaître, puis connaissait très bien, trop bien même le radium, on a publié divers cas de névralgie faciale guéris par le radium, et qu'à ce sujet, l'Académie de Médecine consultée a répondu, par le rapporteur de sa Commission, M. le Professeur Raymond, le 21 juin, que la suggestion seule paraissait avoir agi. En effet, certaines de ces névralgies étaient récentes, avaient été incomplètement examinées et sans le contrôle des réactions électriques. Le 28 juin, j'ai envoyé moi-même une note sur différents cas que je crois avoir observés le mieux possible, cancers et névralgies, et qui ne me paraissent pas passibles des mêmes critiques.

Je serai moins affirmatif sur deux faits de douleurs en ceinture d'ataxie locomotrice disparus, chez un premier malade par des séances de rayons X, et chez un second par des applications de radium au siège maximum des douleurs. Je le serai d'autant moins que les patients m'ont dit avoir parfois de longues périodes de calme et qu'il peut y avoir eu, là, simple coïncidence ;

cependant j'ajouterai que, chez les deux malades, les crises étaient à leurs débuts et n'avaient nulle raison de s'arrêter. Tels quels, ces résultats m'apparaissent comme bons à signaler et encourageants comme recherches à poursuivre.

L'application du radium est très facile et nullement sensationnelle. On l'emploie à l'état de chlorure ou de bromure de radium à un nombre d'activités déterminées, comparées, d'ailleurs, à la puissance de l'uranium pris pour unité par rapport à la rapidité avec laquelle il décharge l'électroscope. Les sels de radium ont d'ailleurs des radiations complexes, dites α, β, γ, *V*, les rapprochant à la fois des rayons cathodiques, des rayons X et des rayons lumineux, ainsi que je l'ai exposé cette année dans mon enseignement libre à l'École Pratique de la Faculté de Médecine de Paris en Avril et Mai derniers. Le radium attaquant le verre ordinaire est vendu dans des tubes en verre spécial et peut s'appliquer ainsi directement sur la peau. On peut encore mettre ce tube dans un autre métallique très mince et facile à aseptiser, pour le placer dans les cavités par exemple. On peut encore le mettre dans une sonde œsophagienne et l'introduire comme je l'ai fait, jusque dans l'estomac. On peut employer le thorium qui est radio-actif en pommades ou en lotions, faire des cataplasmes d'argiles radio-actives, des onguents au radium à faible puissance... Les moyens d'action sont déjà multiples. Et l'on peut, d'ores et déjà, ainsi que je l'ai exposé ailleurs (*Gazette des Eaux*, 14 et 21 juillet 1904), concevoir le rôle hydrologique et climatologique, sédatif et calmant, de certaines stations ou de certaines eaux radio-actives (Néris, Plombières) ; c'est aussi l'avis du Professeur F. Garrigou, de Toulouse.

Ces puissances se mesurent électriquement, photographiquement ou optiquement. L'électroscope à feuilles d'or se décharge plus ou moins vite, la plaque sensible se voile plus ou moins rapidement, les tubes d'Holtzknecht se colorent diversement. Aussi peut-on manier scientifiquement les sels de radium. J'ai employé des pommades à activités faibles, des tubes radio-actifs à 240 et à 10.000. L'action a toujours été sédative. mais plus ou moins lente à se produire. La durée des applications a varié de la continuité (plusieurs jours à 240), à la courte séance d'un quart d'heure à 10.000. Il y a, en ce moment, un courant d'opinion vers les fortes radio-activités 100.000, 500.000, et même

1.800.000, ce qu'on appelle alors le bromure de radium pur. Vu le prix de ce dernier (400.000 fr. le gramme), on opère avec un ou plusieurs milligrammes seulement. Il s'agit surtout dans ces applications de cancers évoluant rapidement, et l'action destructrice du radium domine.

Pour son action analgésique, 10.000 est une bonne puissance. La névralgie faciale m'a fourni des cas se comportant vis-à-vis des sels de radium comme vis-à-vis des rayons X, et cédant, après avoir résisté à l'élongation et même à la section du nerf. J'en ai eu notamment deux cas, calqués, pour ainsi dire, sur l'observation que je publiai ici l'an dernier. Chaque opération avait donné quelque mois de répit, et les souffrances reparaissaient ensuite. Le premier cas a cédé à une application continue de 4 jours, d'un gramme de chlorure de radium à l'activité, 240 (fin septembre 1903), et la guérison s'est maintenue depuis cette époque. Aucune suggestion n'a été donnée. L'examen électrique a révélé la dégénérescence musculaire et l'absence de réaction, bien que tout contact fut très douloureux. Récemment, un cas analogue a cédé à six applications par jour, d'un quart d'heure chaque fois, et répété pendant quatre jours. J'ai encore une dizaine de cas récents sans lésions, et un cas de névralgie sciatique datant de six mois, et qui ont cédé de même.

Je mentionnerai pour mémoire de nombreux cas de cancer, une dizaine, dont le symptôme douleur céda de suite ; un autre s'est cependant montré réfractaire à plusieurs séances, si même il n'y a pas eu exacerbation ? Un cas de fluxion dentaire a vu sa douleur diminuer et son évolution très amoindrie dans sa durée.

Quel est le mécanisme d'action? M. Danysz, de l'Institut Pasteur, a montré selon la durée d'exposition des animaux, à l'action du radium, qu'il y avait, ou simplement paralysie, ou destruction de la fibre nerveuse. Une sorte de pouvoir sélectif sur l'élément nerveux paraît spéciale au radium. L'action analgésique serait donc due vraisemblablement à une modification de la fibre nerveuse paralysante, voire même destructrice dans le cas d'applications longues ou répétées : ce qui équivaudrait dès lors à la section du nerf. Des biopsies sur les animaux pourraient élucider la justesse ou la nullité des hypothèses. Quoiqu'il en soit, l'action analgésique — et au point de vue thérapeutique, c'est le plus important — est indéniable.

D'autre part, les mêmes expériences de M. Danysz plaçant à distance de la colonne vertébrale de souris et momentanément du radium pur et constatant ensuite, 15 ou 20 jours après la mort ; celles de M. Georges Bohn sur les œufs et les embryons de divers batraciens qui se trouvaient modifiés tératologiquement à leur naissance ; ces faits, disons-nous, qui s'enregistrent sans traces apparentes dans l'être vivant, démontrent sans conteste que celui-ci est un excellent appareil enregistreur supérieur aux appareils de construction humaine. Son système nerveux perçoit et accumule des impressions, des sensations, des transformations que rien ne décèle extérieurement à l'heure présente, même à nos puissants moyens d'investigation. N'en est-il pas de même pour les rayons N dont mon livre l'*Hypnotisme*, p. 50, annonçait ainsi en 1890 l'existence et qui ne se perçoivent encore que pour des yeux exercés :

« Dans la nature, nous sommes enveloppés d'un fluide subtil, que les savants ont appelé éther et que l'on suppose impondérable : ne pourrait-il se faire que ce milieu ambiant — de nature inconnue dans son essence — puisse transmettre les ébranlements de la force nerveuse ? Les cellules nerveuses du cerveau vibrent sous l'influence de causes diverses ; pourquoi supposer arrêté leur mouvement à la boîte crânienne ? Que celle-ci le diminue, de par sa résistance, soit ; mais qu'elle l'arrête complètement, sans l'emmagasiner ou le transformer, c'est ce que l'on ne peut admettre. Une force ne se détruit pas, le mouvement subsiste ou se modifie. » MM. Blondot et Charpentier ont démontré que nos centres nerveux émettent des rayons N...

Je concluerai donc que c'est cette faculté d'emmagasinement, de perception et de rendement du système nerveux qui le rend apte à toutes les impressions thérapeutiques, même très faibles, que cela explique et corrobore les phénomènes d'analgésie par le radium, sans préjudice, sans doute, d'autres faits du même ordre à découvrir.

MM. OBERTHUR, *Directeur de l'Établissement hydrothérapique d'Auteuil,* ET CHENAIS, *de Paris.*

Psychasténie et Diabète. — Comme contribution à l'étude des rapports du diabète avec les troubles mentaux, les auteurs insistent sur l'importance de la recherche des signes du diabète

chez toutes les névroses ou les psychonévroses, surtout lorsqu'il s'agit de malades de souche arthritique. Chez un assez grand nombre de malades atteints de psychoses dépressives ou d'états délirants ou confus, ils ont constaté la présence de sucre en quantité notable. Dans presque tous les cas un régime alimentaire sévère joint à la médication appropriée a amené très rapidement la sédation et la disparition des troubles psychiques.

MM. OBERTHUR ET BOUSQUET, *de Paris*.

Contribution à la thérapeutique du Tabès. — Le nitrite de soude. — Le nitrite de soude qui a été employé en Italie par Pétrone, en Autriche par Winternitz et Pal, lesquels ont donné l'an dernier une brillante statistique, vient d'être essayé par les auteurs d'une manière systématique et continue. Il semble vraiment qu'il s'agisse là d'un médicament de choix, agissant sur les phénomènes douloureux d'une manière très efficace ; il a été le seul qui puisse arriver à calmer les cas dans lesquels les douleurs sont particulièrement continues et rebelles et où toutes les autres thérapeutiques échouent.

De plus le nitrite semble combattre très heureusement les phénomènes d'incoordination ; les cas sonmis au traitement par le nitrite de soude qui ont été rééduqués ont tous fait des progrès beaucoup plus rapides que les malades non soumis à cette médication. — Le traitement par les piqûres semble supérieur à celui par ingestion.

Dr HENRY LAMY, *Médecin des Hôpitaux de Paris*.

Rôle des muscles spinaux dans la marche normale chez l'homme. — Les muscles spinaux participent à la marche d'une façon très active. Le fait est signalé par quelques auteurs (Gerdy, P. Richer) d'une façon sommaire.

Je me suis efforcé de déterminer : 1° A quel moment précis les spinaux entrent en contraction dans le pas ; 2° quel rôle ils sont appelés à remplir dans la marche ; 3° quel changement d'aspect dans les reliefs de la musculature du dos correspondent à leur contraction.

1° Au moment précis où le talon touche le sol, les spinaux du côté opposé se contractent d'une façon soudaine et énergique.

Cette contraction se maintient du côté oscillant tout le temps de l'oscillation du membre. Elle cesse au moment où celui-ci touchant le sol par son talon devient portant à son tour, pour passer du côté opposé, et ainsi de suite ;

2° Leur rôle est d'assurer l'équilibration latérale du tronc, de s'opposer à l'inflexion latérale du rachis vers le côté portant, et de maintenir la verticale passant par le centre de gravité du corps en dedans du pied de ce côté ;

3° La contraction mi-latérale des spinaux s'accuse par un changement d'aspect dans les reliefs musculaires du dos, assez caractéristique pour qu'à la simple inspection de cette région, ainsi que le montrent les photographies que je vous présente, on puisse reconnaître quel est le côté portant, quel est le côté oscillant, à condition qu'on ait affaire à un sujet maigre et musclé.

Dr Maurice FAURE, *ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Médecin à La Malou (Hérault).*

Les formes fébriles du Tabes. — Il y a des accidents fébriles au cours du tabes, et des formes fébriles du tabes.

I. — Les accidents fébriles du tabes sont en relations avec l'infection des cavités, principalement de la vessie, quelquefois aussi de l'intestin ou de l'arbre broncho-pulmonaire. Ces accidents, assez fréquents, le sont surtout dans les cas de tabes avancé, chez les malades dont les parois abdominales et thoraciques, dont les tuniques musculaires, vésicales, intestinales, bronchiques, ont perdu leur tonicité et leur coordination. La cause de l'infection est la stase qui résulte de cette atonie musculaire.

Ces accidents ne sont pas toujours localisés aux périodes avancées du tabes, ils accompagnent quelquefois les débuts mêmes de la maladie, si le sujet est précocement atteint dans les régions sus-indiquées. En ce cas, les causes de la fièvre passent généralement inaperçues.

L'accident fébrile est fortuit, sans cause apparente ; quelquefois accompagné de hautes températures (40-41°) ; plus souvent, il reste à des températures moins élevées (39°). Il peut être très court (quelques heures) ; il peut aussi affecter une allure

fébrile sub-continue, durant plusieurs jours. Les soins, généralement longs et minutieux de la région atonique et infectée font disparaître la température. Ces soins sont de deux ordres : 1° désinfection de la cavité ; 2° rétablissement de la tonicité des parois par des exercices *ad hoc.*

II. — *Formes fébriles proprement dites.* — Il existe des formes fébriles du tabes, rares et d'allures variées, mais qu'on peut ramener à deux types schématiques :

1° Dans le premier type, les poussées d'accidents tabétiques sont nettement accompagnées de fièvre, et, dans l'intervalle de ces poussées, la température tend à se rapprocher de la normale. Les ascensions thermiques sont de 38 à 39°, souvent journalières ou à peu près. L'allure générale de la maladie est alors celle d'une maladie infectieuse sub-aiguë ou chronique. La courbe thermique est irrégulière, interminable pour ainsi dire, et à courtes oscillations. L'évolution est souvent grave. Le malade peut mourir en deux années environ, d'une sorte de tabes aigu ; mais parfois aussi, après quelque mois, les accidents s'atténuent, la fièvre disparaît et le malade devient en tous points semblable à un tabétique ordinaire. Et il n'est pas excessivement rare de rencontrer des tabétiques dans un état stationnaire et apyrétique, qui ont eu, au début de leur tabes, cette période aiguë et fébrile ;

2° La seconde forme fébrile du tabes est plus difficile à déceler. Il n'y a plus d'accès fébrile véritable, mais la température du malade est toujours de quelques dixièmes de degré (37 à 38°) au-dessus de la normale. Au moindre effort, cette température s'élève de quelques dixièmes encore, de sorte que le sujet est incapable du plus petit travail, et présente un état d'asthénie physique et morale, lié précisément à la fièvre, et qui le fait souvent qualifier de neurasthénique. L'évolution du tabes est ici encore nettement liée à l'évolution fébrile, c'est-à-dire que l'état général et les accidents tabétiques du malade s'améliorent lorsque la température descend.

Alors que les tabétiques ordinaires se trouvent bien de l'exercice et du travail modérés, demandent à continuer une vie se rapprochant de la normale et peuvent le faire, les tabétiques fébriles doivent être soumis, provisoirement, au repos absolu,

loin de leurs affaires et loin des villes, à l'aération continue, à une alimentation spéciale, à l'hydrothérapie tempérée, comme d'ailleurs la plupart des infectés chroniques.

Nous ne savons point actuellement à quoi sont dues ces formes fébriles du tabes, très distinctes, comme on le voit, des infections secondaires compliquant l'évolution d'un tabes ordinaire. Nous ne savons s'il s'agit de l'évolution fébrile de la lésion tabétique elle-même, ou bien si, plus probablement, la lésion tabétique et les accidents qu'elle entraîne sont, comme la fièvre elle-même, des conséquences parallèles d'un état général infectieux.

Dr André LÉRI, *ancien Interne des Hôpitaux de Paris.* (Travail du service du Dr Pierre Marie.)

Relations cliniques de la Cécité avec la Paralysie générale et le Tabes. — Les auteurs admettent généralement que *la cécité est très fréquente dans le tabes, qu'elle est très rare dans la paralysie générale.* Nous nous sommes demandé quel cas il convient de faire de cette double proposition et s'il existe véritablement entre deux affections qui présentent tant de points de contact et qui sont si fréquemment associées une différence clinique aussi tranchée.

La cécité est rare dans la paralysie générale *confirmée*, telle qu'on l'observe d'ordinaire dans les Asiles ; sur ce point les auteurs sont à peu près d'accord. L'amaurose vraie, complète, n'a été constatée par Billot (1875) que trois fois sur 400 sujets, par Galezowsky (1866) que une fois sur 40, par Klein (1883) deux fois sur 42, par Dawson et Rambaud trois fois sur 30, etc. Une recherche que nous avons faite nous a donné des résultats analogues, et sur 60 paralytiques environ que nous avons examinés dans les Asiles, nous n'avons rencontré que 3 aveugles, soit 5 °/₀ des cas.

Si dans la paralysie générale confirmée la cécité survient rarement, elle paraît en revanche s'être assez fréquemment présentée à l'état isolé chez des sujets qui ont *ultérieurement*, parfois de longues années après, présenté les troubles mentaux paralytiques les plus nets. Nous avons été frappé par bon nombre d'observations de ce genre que nous avons rencontrées

dans nos recherches bibliographiques : nous citerons seulement celles de Magnan[1], Nettleship[2], Foville, Hirschberg[3], Wiglesworth et Bickeston[4], Neil Jameson[5], etc. Dans nombre d'autres cas, la cécité, sans avoir été tout à fait initiale, s'est montrée comme symptôme précoce au cours d'une paralysie générale.

Mais, même dans la paralysie arrivée à un stade évolutif des plus nets, voir des plus avancés, si l'on rencontre rarement la cécité, on rencontre *fréquemment des lésions rétiniennes.* Sur ce fait encore les auteurs sont pour la plupart d'accord : Tebaldi (1870), Noyès (1872) ont trouvé le fond de l'œil des paralytiques presque toujours altéré, Uthoff (1883) y a constaté des lésions dans 50 °/₀ des cas, Schmidt-Rimpler (1898) y a trouvé des altérations « plus que dans toute autre maladie », enfin Kéraval et Raviart en 1903 dans 82, 35 °/₀, et Briche, Raviart et Caudron en 1904 dans 78 °/₀ des cas.

Nous avons nous-même dans bien des cas trouvé les bords de la papille plus ou moins flous, les vaisseaux plus ou moins dilatés, dénotant parfois par une anse légère sur le rebord de la papille soit l'épaississement de ce rebord soit la dépression du centre. Les altérations rétiniennes légères ne nous ont pas paru exceptionnelles, tant s'en faut, mais sur l'aspect objectif du fond de l'œil nous n'avons pas voulu établir une statistique, car l'aspect normal est trop variable et il est trop difficile de délimiter l'état physiologique de l'état pathologique pour que nous n'ayons pas craint d'être trop facilement induit en erreur grossière. Nous avons tenté de rechercher l'état fonctionnel de la vision chez un certain nombre de paralytiques, mais nous avons été rebuté, après un nombre d'examens trop restreint pour établir une statistique valable, par les difficultés que nous a présentées cette recherche chez des sujets aussi peu maniables.

En somme c'est seulement, croyons-nous, pour ne s'être souvent pas entendus sur *l'importance* relative des lésions oculaires constatées que les auteurs ont été divisés sur leur *fréquence* relative. Les uns ont noté des altérations oculaires alors

1. — Magnan : *Gaz. méd.*, 1868.
2. — Nettleship : *Ophtalmol. Hosp. Rep.*, t. IX, p. 178.
3. — Hirschberg : *Neurol. Centrabl.*, 1883.
4. — Wiglesworth : *Journ. of Mental Sc.*, 1889.
5. — Neil Jameson : *New-York american Journ. of Insane*, 1895.

seulement que la cécité était complète ou presque complète, ou alors tout au moins que les troubles de la vision étaient très manifestes, même chez des paralytiques peu enclins à rendre un compte exact de leurs troubles fonctionnels; les autres, au contraire, ont compté comme altérations les moindres changements de teinte de la rétine ou de sa papille, les moindres déviations ou modifications de volume de ses vaisseaux que chez un sujet non paralytique on aurait hésité à qualifier de pathologiques.

Chez les paralytiques donc, ces trois faits nous semblent établis, tant par les recherches des auteurs que par les nôtres propres :

1° La cécité est rare dans la paralysie générale confirmée ;

2° Les altérations légères de l'appareil visuel n'y sont pas rares ;

3° La cécité est assez souvent un phénomène prémonitoire, initial ou précoce.

En est-il autrement dans le tabes? Nous ne le croyons pas. La cécité est rare dans le tabes *confirmé,* et beaucoup d'auteurs ont noté, depuis que la remarque en a été faite par Gowers (1883)[1], que lorsque des troubles de la vision surviennent chez des tabétiques avancés, incoordonnés, ces troubles restent généralement très modérés et n'ont guère de tendance à progresser.

Si la cécité survient rarement dans le tabes confirmé, elle est en revanche des plus fréquentes comme symptôme *initial* du tabes, soit qu'elle précède de plus ou moins nombreuses années tous les autres symptômes, soit qu'elle s'accompagne de quelques symptômes minimes, incomplets ou isolés, de lésion des cordons postérieurs. Duchenne, Charcot, Gowers, Leyden, Robin avaient insisté soit sur le fréquent début du tabes par l'amaurose soit sur la longue évolution du tabes qui commence par ce symptôme, quand Benedikt (1883) appela l'attention sur la bénignité définitive, ensuite reconnue par nombre d'auteurs (Babinski, Gowers, Déjerine, J. Martin, P. Marie, Foerster, etc.) de la plupart des cas de tabes dont l'amaurose est un signe précoce ou précurseur.

Nous avons pu contrôler ces différentes remarques par des

1. — Gowers : *British ophtalmol. Soc.,* 1883, et Lançet, juin 1883.

recherches faites à Bicêtre, dans le service de notre maître M. Pierre Marie, sur 45 tabétiques aveugles. Nous avons constaté que la cécité survient relativement rarement quand le tabes est manifeste, particulièrement quand le malade a déjà des troubles de la coordination ; qu'en revanche elle est très fréquemment un symptôme des plus précoces, et souvent longtemps presque isolé, d'un tabes qui plus tard évoluera ou qui, le plus ordinairement, restera borné à un petit nombre de signes de lésion des cordons postérieurs. Nous avons constaté de plus, sans avoir tenté d'établir une statistique sur des éléments d'appréciation trop fragiles, que les lésions modérées du fond de l'œil et les troubles fonctionnels minimes de la vision ne sont pas rares à toutes les périodes de toutes les formes du tabes ; ces troubles, transitoires ou permanents, ont d'ailleurs été décrits par tous les auteurs qui se sont occupés de la symptomatologie du tabes.

Nous croyons donc pouvoir dire que, *pour le tabes comme pour la paralysie générale :*

1° La cécité survient rarement lorsque la maladie est confirmée, arrivée à sa période d'état ;

2° Des troubles modérés divers de l'appareil visuel ne sont pas rares dans ces affections à toute période de leur évolution ;

3° L'amaurose survient fréquemment plus ou moins longtemps avant le développement des signes ordinaires de la maladie.

Pourtant il semble indubitable, d'après les diverses statistiques, que la cécité précoce est plus fréquemment un signe de tabes que de paralysie générale. Or, ce sont précisément des cas de tabes avec cécité précoce que nous avons eu l'occasion d'étudier, et nous avons pu nous convaincre que, si cette cécité s'accompagne plus ou moins tardivement d'une série de petits ou grands signes de tabes, elle s'accompagne aussi dans un grand nombre de cas de *troubles mentaux,* plus ou moins atténués ou prononcés, ressemblant fort à ceux de la paralysie générale. Ces troubles mentaux vont depuis la simple excitation mentale avec le défaut de suite, de logique, de systématisation si typique dans les débuts de la paralysie générale, jusqu'au délire permanent avec hallucinations, surtout visuelles, à forme le plus souvent lypémaniaque, hypochondriaque et de persécution

(c'est peut-être à cause des douleurs d'une part, de la cécité d'autre part que le délire prend si fréquemment dans le tabes avec cécité ces formes « tristes »). Ces troubles mentaux, qui nous ont paru rappeler de plus ou moins loin ceux de la paralysie générale plus ou moins au début, nous ont semblé tout particulièrement fréquents dans le tabes avec cécité, de sorte que, à notre sens, on pourrait presque aussi bien qualifier ces cas « paralysie générale avec cécité » : c'est sans doute ce que l'on ferait si les petits signes mentaux de la paralysie générale au début avaient en nosologie la même importance que les petits signes physiques ou fonctionnels du tabes au début.

En résumé, nous croyons donc que la cécité affecte avec la paralysie générale les mêmes rapports qu'avec le tabes, qu'elle complique rarement la paralysie générale comme elle complique rarement le tabes, mais qu'elle précède assez souvent les symptômes ordinaires de l'une comme de l'autre affection, ou que, plus exactement, elle s'accompagne ordinairement de petits symptômes de l'une et de l'autre maladie, qui plus tard pourront l'une ou l'autre, ou toutes deux, se développer. D'ailleurs d'ordinaire ni l'une ni l'autre des deux affections ne se développent et, quand elles s'accentuent, elles le font avec une irrégularité et après un intervalle tels qu'il est véritablement impossible de mettre l'amaurose préalablement développée sous la dépendance de l'affection dont les principaux symptômes apparaissent plus tard.

En réalité l'amaurose dite « tabétique » évolue comme une *localisation spéciale,* au niveau des voies optiques, d'un processus dont, il semble, deux autres localisations, spinale pour le tabes, cérébro-corticale pour la paralysie générale, pourront ou non se développer plus tard.

Nous ajouterons que des examens histologiques, dont nous donnerons ailleurs la relation détaillée, nous ont paru montrer dans des nerfs optiques de paralytiques généraux aveugles les mêmes lésions que dans des nerfs de tabétiques aveugles : atrophie secondaire à des lésions de méningite et de névrite interstitielle à point de départ vasculaire (endo et péri-artérite et phlébite). Aussi pas plus anatomiquement que cliniquement ne nous a paru justifiée la théorie de la dualité d'origine de

la cécité « tabétique » et de la cécité « paralytique », quelles que soient d'ailleurs les relations entre elles des deux affections dont on a voulu rendre l'amaurose tributaire.

MM. OBERTHUR ET ROGER, *de Paris*.

Un cas de Polynévrite éthylique ayant évolué sous la forme de Paralysie ascendante. — Il s'agit d'une dame âgée de 36 ans, vivant dans un milieu d'alcooliques et de dypsomanes et ayant contracté la passion de l'alcool depuis l'âge de 13 ans. Peu de temps avant de s'aliter elle buvait tous les jours une bouteille entière de cognac, sans compter le reste. Elle entre en traitement pour des phénomènes d'amnésie et de confusion. On constate à ce moment qu'elle a peine à marcher, qu'elle steppe, son pouls est fréquent, ses réflexes abolis, la pression des masses musculaires n'était pas douloureuse. Le lendemain les membres inférieurs étaient totalement paralysés, les sphincters relâchés, le pouls très rapide. Très peu de temps après, anurie presque complète; la température s'élève, les membres supérieurs, le tronc se prennent à leur tour, et tellement complètement qu'aucun mouvement spontané n'est possible. La respiration est atteinte, les nerfs mixtes sont absolument paralysés alors que les autres nerfs bulbaires restent indemnes. Après des alternatives d'aggravation et d'espoir la malade succombe dans une syncope.

Il s'est agi là, bien qu'il n'y ait pas eu de contrôle anatomique, d'une polynévrite indiscutable à marche absolument ascendante extenso-progressive presque entièrement superposable aux cas princeps de Landry, de Leudet, de Labadie-Lagrave, etc.

Dr COULONJOU, *Médecin-adjoint à l'Asile des aliénés d'Alençon*.

Un cas de maladie de Raynaud, suivi de mort, chez une jeune fille hystérique et tuberculeuse; examen anatomo-pathologique. — *Observation :* Jeune fille de 17 ans, enfant assistée, conduite à l'Asile d'aliénés pour troubles mentaux, caractérisés par du mutisme, de la sitiophobie, des tendances à des actes nuisibles et impulsifs. A son entrée on constate une gangrène symétrique des orteils des deux pieds,

affectant seulement les phalangettes des trois derniers orteils ; les os sont dénudés et noirs, les tendons ramollis, les parties molles nécrosées. — En outre, signes de tuberculose pulmonaire à la 2e période. Maigreur extrême, sitiophobie, ptyalisme, abcès de diverses régions (aisselle, parotide). Thérapeutique reconstituante, gavages, lavements alimentaires. — Fièvre vespérale, traitée avec succès par des lavements de quinine. La parole revient, ainsi que l'appétit ; la gangrène des pieds s'arrête, les pieds bourgeonnent. Mais les abcès des régions ganglionnaires se multiplient, et la malade meurt de cachexie septicémique.

Autopsie : Tuberculose pulmonaire (cavernules des sommets). Rien d'apparent ailleurs.

Anatomie pathologique : Examen d'un fragment de sciatique et de poplité externe, et de deux artères (fémorale et tibiale postérieure). Résultat négatif.

Réflexions : Hystérie (troubles trophiques) ou tuberculose (intoxication des centres trophiques par les produits microbiens).

Dr BRICHE, *Médecin-adjoint de l'Asile des aliénées de Saint-Venant (Pas-de-Calais),* et MM. RAVIART ET CAUDRON.

Contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil dans la paralysie générale. **(Résultat de l'examen des paralytiques générales de l'Asile de St-Venant.)** — Sur les 900 malades femmes de l'Asile des aliénées de St-Venant on comptait, au 1er juillet 1904, 23 paralytiques générales.

L'examen du fond de l'œil de ces malades a donné les résultats suivants : chez 18 d'entre elles des lésions ont été constatées, à savoir :

1° L'état flou de la papille, 3 fois ;

2° La papille décolorée blanchâtre, 11 fois ;

3° Les papilles blanches à contours plus ou moins nets, 2 fois ;

4° L'atrophie blanche, 2 fois.

Dans la plupart des cas, les deux yeux n'étaient pas également atteints : une fois l'un était normal, l'autre présentait déjà de la blancheur de la papille.

Dans les autres cas, il n'existait qu'une faible différence entre le degré des lésions.

C'est chez les malades arrivées à la période la plus avancée

de la paralysie générale que les lésions les plus graves ont été constatées.

Les malades présentant de l'atrophie blanche étaient alitées et gâteuses.

Celles dont les papilles étaient blanches avaient atteint la troisième période de la maladie.

Parmi les onze malades dont les papilles étaient blanchâtres, nous en comptons deux à la seconde période seulement, les neuf autres étant à une période plus avancée.

Quant aux trois autres dont les papilles étaient floues, deux étaient à la seconde et une à la troisième période.

Enfin, dans cinq cas, le fond d'œil était normal. L'une des malades présentait une paralysie générale à évolution lente. Une autre était en rémission et les trois autres arrivées à la dernière période.

Nous n'avons malheureusement de renseignements étiologiques que dans sept cas parmi lesquels quatre fois l'alcoolisme est en cause et trois fois la syphilis ; cette dernière est notée chez une malade atteinte d'atrophie papillaire et chez deux autres présentant seulement de la décoloration des papilles ; chez les alcooliques deux fois le fond de l'œil a été trouvé normal ; une fois la papille était floue ; une fois, elle était blanche.

Ainsi donc nous avons trouvé dix-huit fois des lésions du fond de l'œil sur 23 malades femmes ce qui fait une proportion de 78 °/₀, proportion qui est sensiblement la même que celle trouvée chez les hommes.

Ce pourcentage considérable s'explique par ce fait que presque toutes nos malades sont arrivées à un stade déjà avancé de leur affection, aussi ne peut-il être opposé à d'autres chiffres exprimant le résultat de l'examen du fond de l'œil des paralytiques généraux à la première période. Il signifie seulement, constatation que nous avons déjà faite dans des publications antérieures, que les lésions ophtalmoscopiques sont très fréquentes dans la paralysie générale aux dernières périodes, car nous savons, en effet, en nous rapportant aux statistiques de M. le Professeur Joffroy, que ces lésions sont beaucoup plus rares à la période de début.

La séance est levée à 5 heures.

SÉANCE DU MATIN

(5 AOUT — 9 HEURES)

Palais d'Hiver. — Salle des Fêtes.

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR BRISSAUD

M. le PRÉSIDENT donne la parole à M. le Dr Kéraval pour la présentation de son rapport sur les aliénés criminels.

DES MESURES A PRENDRE A L'ÉGARD DES ALIÉNÉS CRIMINELS

M. le Dr KÉRAVAL, *Médecin en chef des Asiles de la Seine,* résume son rapport en ces termes :

MESSIEURS,

Vous m'avez chargé de mettre au point la question des **Aliénés criminels** et de vous fournir les éléments propres à la solutionner.

Tel est le but de ce rapport que vous avez dû recevoir à temps. Je me bornerai donc à le résumer.

Il se compose de deux parties :

La PREMIÈRE PARTIE est consacrée à l'analyse des documents que j'ai pu me procurer dans le laps de temps dont j'avais à disposer.

J'en ai tiré l'évolution des idées et des efforts faits en France ou à l'Étranger, pour trouver une solution équitable, humanitaire, conforme aux besoins de chaque pays.

Je citerai plus particulièrement les noms et travaux de : Aubanel, Georget, Brierre de Boismont, Wood, Hood, Bucknill.

La Société Médicopsychologique en 1868-1869 avec les personnalités de Falret, Brierre, Aug. Voisin, Morel, Belloc, Billod, Dagonet ; en 1878, avec Billod, Legrand du Saulle, Lunier ; enfin de 1881-1882, avec Motet, Christian, Delasiauve, Dagron, Lunier, Foville, Falret, Collineau.

Je citerai le rapport de M. le substitut Proust, en 1880 ; — la communication de Marandon de Montyel en 1891 ; — le rapport Coutagne en 1892 ; — la thèse d'Allaman en 1891 ; — les rapports P. Garnier de 1892 et 1896 ; — la note de M. Monod en 1895 et le rapport de Taty en 1899 ; — le travail magistral de Gilbert Ballet en 1895 ; — le rapport Ch. Constant et la discussion de la Société générale des prisons de 1897 avec l'intervention de MM. Motet, Dubief, Garnier, Colin, Charpentier.

Je citerai encore le mémoire Ramadier et Fenayrou ; — le rapport de M. A. Regnard en 1901 ; le 5e Congrès d'Anthropologie criminelle d'Amsterdam de la même année ; — les thèses d'Alombert-Goget en 1902, et de Maurice Olivier, celle-ci inspirée par Doutrebente en 1903.

Je citerai enfin les études du Conseil Général de la Seine, soucieux de perfectionner constamment l'Assistance des aliénés, dans l'imposant rapport de Sérieux en 1903 ; — ainsi que l'article de Ch. Vallon, dans le traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet en 1903.

La Seconde Partie est intitulée **Problèmes à résoudre.**

Tout ce que nous avons lu sur ce qu'on peut appeler la malignité des aliénés, quelle qu'en soit la catégorie mentale ou juridique, envisage simultanément trois groupes de sujets :

1° Les aliénés criminels proprement dits ;

2° Les criminels aliénés ;

3° Les aliénés qui, dans les Asiles, compromettent la sécurité des autres malades.

Pour ces trois groupes de sujets on propose des mesures d'ordre exceptionnel, soit judiciaires soit médico-administratives.

A) ALIÉNÉS CRIMINELS PROPREMENT DITS

Les personnes aliénées au moment où elles ont commis un acte punissable par la législation criminelle sont désignées sous le nom d'aliénés criminels. Expression impropre puisqu'il y avait démence au temps de l'action. On a fini par englober sous ce vocable les aliénés délinquants quelconques auxquels on a voulu appliquer aussi des mesures exceptionnelles.

Pourquoi ces mesures exceptionnelles ?

Parce que, comme dit Vallon, quoi que prononce le juge d'Instruction et la Chambre des mises en accusation sur l'état d'aliénation mentale de l'inculpé (ordonnance, arrêt de non lieu), *à fortiori* s'il s'agit d'un acquittement du tribunal *correctionnel* ou de la Cour d'assises « l'aliéné qui a causé un préjudice à la société ne saurait être interné *de plano* dans un établissement d'aliénés. Aucune juridiction n'a le pouvoir d'effectuer cet internement.

» L'autorité judiciaire doit se borner à mettre la personne renvoyée ou relaxée pour cause de démence à la disposition de l'autorité administrative qui seule a qualité pour le placement d'office dans un Asile d'aliénés ».

L'autorité administrative fait donc de cet aliéné ce qu'elle veut ; elle le prend, le conserve ou le renvoie suivant ses impressions personnelles. Le sujet, s'il sort, peut récidiver au point de vue du crime ou délit déjà commis.

Ainsi pense M. Vallon traduisant une opinion déjà ancienne.

On demanderait donc, et il semble y avoir unanimité sur ce point, l'application des articles du projet Dubief en sa section III, dont je cite le texte :

« Tout inculpé objet de non lieu comme irresponsable, — tout » prévenu poursuivi *correctionnellement*, mais acquitté par suite » de son état mental comme irresponsable, — tout accusé devant » le Conseil de guerre acquitté pour le même motif, — tout » accusé devant la Cour d'assises acquitté par le Jury dans les » mêmes conditions, seront envoyés devant le Tribunal en » Chambre du Conseil, qui, le procureur de la République » entendu, ordonnera son internement *si son état est de nature » à compromettre la sûreté, la décence et la tranquillité publi- » ques, sa propre sécurité, sa guérison.* »

D'après l'article 41 du même projet, les aliénés criminels ne pourraient sortir que si le médecin traitant les déclarait *guéris, non suspects de rechute* de nature à compromettre la sécurité, la décence, la tranquillité publiques ou leur propre sécurité. Leur demande et leur déclaration doivent être déférées de droit au Tribunal statuant en Chambre du Conseil.

Aux termes de l'article 42, si le Tribunal n'accorde pas la sortie, il doit remettre le réquérant à un an au maximum.

Et encore leur sortie n'est-elle que conditionnelle, révocable ; elle *implique des mesures de surveillance à régler par la Chambre du Conseil ;* à la moindre difficulté, la *réintégration judiciaire* est possible.

En tout ce mécanisme l'opinion des médecins est obligatoire.

Messieurs, je ne puis insister sur les divers procédés de procédures ou d'expertises proposés.

Tout le monde m'ayant paru adopter ces dispositions judiciaires, et la *sélection médicale* devant jouer le principal rôle en cette affaire, j'ai cru devoir m'incliner.

Mais on ne se contente pas des dispositions judiciaires de cette sorte.

On veut faire pour les aliénés criminels et délictueux des *Asiles spéciaux de sûreté d'État,* parce que ce sont des êtres nocifs et susceptibles de récidives soit après sortie soit après évasion.

Seulement la charge est lourde.

Et M. l'Inspecteur général Regnard se voit sur les bras 2.400 aliénés, ce qui obligerait à créer cinq asiles de 500 malades. Il modifie en conséquence ses décisions primitives et s'en tient à la création de trois asiles de 500 malades. Il suffirait, dit-il, d'y diriger des aliénés coupables de meurtres, incendies, attentats aux mœurs, violences, ou les criminels devenus aliénés en cours de peine.

Ainsi se fait jour l'idée de la *sélection* (Dubief, Garnier, Magnan, G. Ballet, Vallon). Qu'on relise à cet égard les pages 93 et 94 de notre rapport.

En fait nous admettons qu'il y a des aliénés criminels dangereux, mais en petit nombre suivant les régions et les Asiles, et d'accord en cela avec un certain nombre de nos collègues en fonctions (enquête spéciale), après avoir pris l'avis du directeur

médical actuel de Gaillon le Dr Raoul Leroy, nous proposons d'installer provisoirement, sous le couvert de la loi de 1838, à titre d'expérience, l'établissement de Gaillon à cet effet.

N'a-t-on pas fait ainsi sans autre forme de procès l'expérience de la colonisation familiale ; il a suffi de l'autorisation de M. le Ministre de l'Intérieur ?

Mais nous craignons les Asiles régionaux dits des aliénés criminels, séparant les malades de leur famille, et capables de créer des établissements de douleur et d'incurabilité, pour nous servir des paroles de M. Marandon de Montyel.

B) CRIMINELS ALIÉNÉS

Y en a-t-il ?

Il ne paraît pas impossible qu'un criminel ou un délinquant qui a commis crime ou délit en état de parfaite santé mentale puisse devenir aliéné.

Mais Pactet, Colin, P. Garnier, H. Monod et Taty ont démontré que 35 à 40 % des condamnés devenus aliénés dans les établissements pénitentiaires sont des aliénés criminels. Ce sont des *aliénés méconnus et condamnés.*

Les autres sont des criminels aliénés et ils sont particulièrement dangereux soit à raison de leur constitution mentale et physique. (H. Colin, Vigouroux et Colin, P. Nœcke), soit à raison de leur séjour prolongé dans les prisons. Voyez aussi le rapport de M. Raoul Leroy.

Il y a en réalité deux choses à faire :

1° Procéder à l'examen mental des prévenus, par la réforme de l'instruction et de l'expertise (Cruppi, Dubief) et traiter les aliénés criminels comme il a été dit ;

2° Les criminels aliénés restants sont alors des condamnés qui appartiennent à l'autorité judiciaire conformément aux articles 36 et 40 du projet Dubief.

Lisez à cet égard les pages 80 et 99 de notre rapport.

C) ALIÉNÉS DANGEREUX, VICIEUX, DÉPRAVÉS DIFFICILES

Il s'agit des instinctifs *amoraux,* malfaisants, vicieux, alcooliques, qui perturbateurs, voisins du criminel-né par leur violence

et leur brutalité, comploteurs, fauteurs de désordres, sont dangereux pour les Asiles communs.

C'est eux qu'on prétend particulièrement diriger sur l'Asile de sûreté, après la *sélection.* C'est à leur préjudice qu'on a détourné son attention de l'aliéné criminel (Gilbert Ballet.)

On pense qu'il importe de les signaler à la justice, celle-ci devant les envoyer à l'Asile des aliénés criminels ou de sûreté.

A côté de cela certains esprits s'occupent dès maintenant de dissocier ce groupe des aliénés et d'en traiter une catégorie dite des *vicieux* à part dans l'Asile des aliénés ou près de l'Asile des Aliénés. C'est ce que M. H. Colin va faire dans le département de la Seine près l'Asile de Villejuif. C'est parfait.

Mais nous sommes opposé à l'intervention de la magistrature pour ceux de ces aliénés qui, n'ayant pas encore commis d'acte repréhensible au dehors, sont dangereux, agressifs à l'intérieur.

Quant à les envoyer à l'Asile de sûreté parce que dangereux comme le désirent Dubief, Regnard, Legrain, P. Sérieux, Ch. Vallon, nous croyons qu'il convient de se ressaisir un peu.

Il serait plus convenable, à notre avis, d'abord de fragmenter ce 3e groupe, ainsi que va commencer à le faire H. Colin ; puis à se garder de cette élimination de quiconque a des instincts pervers ou autres.

Il serait plus judicieux d'améliorer ceux de nos établissements trop à l'étroit, encombrés, mal distribués dans lesquels la répartition, l'individualisation thérapeutique des malades est impossible. Dans ces établissements, les malades ordinaires sont mal à l'aise, ils sont surexcités par le mode d'internement qu'on leur fait subir, par l'encombrement. *A fortiori* les amoraux.

Quand on aura procédé à des réformes on sera au pis aller bien venu à essayer de Gaillon sous le couvert de la loi de 1838 dans les mêmes limites que celles que nous avons admises pour les aliénés criminels.

Messieurs, j'appelle votre attention sur les documents complémentaires qui sont relatifs à l'état actuel de Gaillon et à l'enquête que j'ai faite dans les Asiles français ; pages 107-125 de mon rapport.

Ces documents paraissent montrer qu'on possède en l'établissement de Gaillon un local ou l'on pourrait expérimenter, avant

de prendre une résolution ferme, la nature des aliénés dangereux quelconques qui se trouvent dans nos Asiles, et se faire ainsi une juste idée de l'opportunité ou non des Asiles spéciaux seuls ou annexés aux hôpitaux d'aliénés ordinaires, soit pour les trois groupes précédents (aliénés criminels, criminels aliénés, aliénés dangereux, vicieux, dépravés, difficiles), soit pour chacun de ces groupes.

Notez que, d'après les travaux des auteurs, il est arrivé pour les aliénés dangereux, difficiles, vicieux, dépravés, ce qui s'est passé dans les aliénés criminels. A l'origine, il fallait débarrasser les Asiles des êtres malfaisants qui les encombraient. Aujourd'hui le même Asile a été désigné pour recevoir toutes les espèces nuisibles, mais après examen détaillé et motivé de chaque individualité.

Seulement jusqu'ici l'Asile n'existait qu'à une perspective très éloignée. Aujourd'hui on peut espérer étudier par la pratique certains des désidérata énoncés.

Messieurs, j'eusse voulu dans mon rapport vous présenter une description du mécanisme du crime chez l'individu sain d'esprit et chez l'aliéné. J'aurais été très heureux notamment de vous préciser les signes permettant de déterminer le caractère nuisible de tout individu. Les travaux sur ce point sont nombreux mais à mon avis ils ne sont pas démonstratifs. D'ailleurs dans son tout récent livre sur le crime et des moyens de le combattre *(Das Verbrechen und seine Bekœmpfung*[1]*)* ASCHAFFENBURG dont personne ne songerait à mettre la compétence en doute, ASCHAFFENBURG regarde ce diagnostic comme encore impossible. Il avoue (pages 144-151) que la psychologie du criminel ne permet pas de reconnaître de traits spéciaux qui lui soient propres, qui en soient la caractéristique, et que nous ignorons ce qui distingue exactement les criminels normaux au point de vue mental des criminels malades d'esprit.

Messieurs, on n'a parlé jusqu'ici que des mesures exceptionnelles qui ressemblent assez à des mesures de rigueur.

1. — HEIDELBERG : In-8°, 1903.

Peut-être serait-il temps de se demander s'il n'y aurait pas des moyens de **prévenir le crime ou le délit de l'aliéné.**

Naturellement, bien que j'y fusse très porté, je ne me suis pas occupé des moyens de prévenir le crime de l'homme dit sain d'esprit. Je ne pourrai que vous renvoyer à cet égard au livre d'Aschaffenburg que je viens de citer.

Mais le crime de l'aliéné, peut-on le prévenir ? Envisageons, je vous prie, les trois cas qui peuvent se présenter :

1° Ou bien on a affaire à l'aliéné non encore interné ;

2° Ou bien il s'agit d'un aliéné amélioré ou guéri qu'on va mettre en liberté ;

3° Ou bien, enfin, on veut à l'intérieur de l'Asile prévenir toute espèce d'attentats.

1° Moyens de prévenir le crime de la part de l'aliéné non encore séquestré.

Ritti nous a montré que la grande majorité des crimes ou délits ont été exécutés par des aliénés qui, pour la plupart étaient, quoique libres, malades depuis longtemps. Ceci est conforme à l'opinion de Paris, au conseil de Gilbert Ballet sur les mesures préventives, aux exemples cités par Henri Colin à la Société générale des prisons, aux deux exemples plus récents de Bourneville.

Il faut donc prendre toutes mesures propres à une *Assistance immédiate des aliénés.*

Je ne parle que pour mémoire de la propagande conseillée par Ramadier et Fenayrou, dans le public.

J'insisterai surtout sur les *admissions rapides* facilitées bien entendu par les formalités légales ; sur les admissions provisoires prévues d'ailleurs dans le projet Dubief ; sur les quartiers d'observation ; sur la multiplication des placements volontaires gratuits ; sur le dégrèvement des communes.

Je vous signalerai au besoin la déclaration obligatoire de la famille et du médecin qui soigne l'aliéné en ville (G. Ballet, Deprétis).

2° Moyens de prévenir le crime de la part de l'aliéné sorti par guérison ou amélioration.

En ce qui concerne l'aliéné qui avant sa séquestration avait commis crime ou délit, il est indispensable, naturellement, de s'entourer de garanties sérieuses.

Ce sont l'essai à l'*open door*, à la colonisation familiale; la sortie sous garantie; le contrôle de la Société de patronage.

Ces moyens peuvent être mis en pratique par l'Administration préfectorale.

Les mêmes mesures peuvent s'appliquer à l'aliéné ordinaire non coupable.

3° Moyens de prévenir le crime de la part de l'aliéné interné.

C'est une simple question de traitement à l'Asile même.

Ces moyens sont sous la dépendance de l'amélioration de notre outillage hospitalier des aliénés.

Ce ne sont pas, selon nous, seulement les aliénés foncièrement dangereux qui causent des difficultés à l'intérieur des asiles; ce sont tous les aliénés qui, s'y trouvant hospitalisés en trop grand nombre, se heurtent à tous les inconvénients de l'encombrement. Ou bien la construction vicieuse de l'établissement ne permet qu'une répartition insuffisante. Il faut des Asiles d'une faible population; il faut que de petits quartiers disséminés sur une surface assez grande permettent le traitement individuel de chaque caractère de malades.

Messieurs, j'en ai fini avec le résumé de mon rapport, et je vous remercie en terminant de la bienveillante attention que vous m'avez prêtée.

M. le Président félicite et remercie M. Kéraval de son remarquable et si important rapport, et invite M. Arnaud à en présider la discussion.

Présidence de M. ARNAUD (de Vannes), Vice-Président.

Discussion du Rapport sur les Aliénés criminels.

M. DOUTREBENTE, *Médecin-Directeur de l'Asile des aliénés de Blois (Loir-et-Cher).*

La question étant ainsi posée, il paraît admis *à priori* qu'il y a des mesures spéciales à prendre contre les dangers, que les aliénés criminels font courir à la société et en particulier à leur entourage, quand ils sont placés dans un Asile d'aliénés, dangers auxquels sont exposés les malades, les infirmiers, ou les médecins.

C'est faire la critique du passé, en donnant à penser : que jusqu'ici des mesures utiles n'ont pas encore été prises, que les aliénés criminels placés actuellement dans les Asiles d'aliénés n'y sont pas à leur place ; qu'ils sont, dans ce milieu, une cause permanente de gêne, de trouble, de désordre et de danger. Puis, pour éviter les accidents et fuir les responsabilités, dont personne ne veut plus aujourd'hui, on continue, paraît-il, à cause de la présence des aliénés criminels, les pratiques, tant critiquées du restraint, qui est toujours le restraint même quand il se transforme en restraint manuel ou médicamenteux.

En me plaçant à un point de vue plus humanitaire et m'élevant au-dessus de la critique banale de théoriciens, qui s'attaquent aux œuvres d'assistance, sans tenir compte des difficultés de la pratique courante et des services rendus, je me fais de la question une tout autre idée, en utilisant pour cela l'enseignement de mes excellents maîtres et une expérience personnelle de 40 années passées dans les Asiles d'aliénés de la Seine et dans quatre autres départements du Nord, du Midi et du Centre. J'arrive ainsi à formuler la question : Les mesures à prendre en faveur des aliénés, dits à tort criminels, sont-elles suffisantes ? Je dis, *en faveur* des aliénés criminels, parce que je ne fais pas de distinction entre les aliénés, parce que je ne vois pas la différence qu'il y a entre l'aliéné ayant commis un acte qualifié

criminel et celui qui est en imminence de le commettre à chaque instant du jour ou de la nuit.

Pour dire toute notre pensée, nous avons l'intime conviction basée sur de nombreux exemples : que les aliénés criminels ont cessé, à part de regrettables exceptions, d'être dangereux à l'Asile des aliénés ; ils se sont soulagés, ils ont cédé à l'impulsion, ils se sont débarrassés d'une obsession, ils ont agi, accompli leur tâche, rempli leur mission, vengé leur honneur, sauvé la société ou abattu le tyran.

Par contre, l'aliéné obsédé, halluciné, illuminé, qui n'a pas encore cédé à ces stimulants, parce qu'il a résisté, parce que l'occasion lui a fait défaut, parce que ses tentatives ont été vaines ou parce qu'il en a été empêché par une intervention prévoyante et opportune, cet aliéné, non encore dit criminel, peut le devenir à chaque instant. C'est pour lui qu'il faut prendre, non pas des mesures nouvelles, mais de sages et utiles précautions, car c'est lui le véritable aliéné dangereux, dont il faut se méfier en le surveillant de près.

Cette surveillance étroite et vigilante n'empêche point que l'aliéné soit soigné avec bienveillance et intérêt, car jamais nous ne devons oublier que, dans bien des cas, il s'agit d'une guérison à obtenir et, qu'en cas d'incurabilité, nous avons quand même l'espoir d'un amoindrissement des symptômes saillants. Dans nombre de cas nous observerons enfin une évolution morbide progressive transformant un persécuté dangereux en un mégalomane satisfait, attendant patiemment l'arrivée de jours meilleurs.

Mais si le danger existe à l'état permanent dans nos Asiles actuels, si des actes réputés délictueux ou criminels y sont encore possibles, parce que vivant avec le danger, on s'y habitue, on le redoute moins, on en arrive à oublier de s'en garer, disons : que ces actes y sont relativement rares si on les compare à ceux qui chaque jour sont relatés dans les journaux d'information et que les annales médico-psychologiques publient depuis tant d'années sous la rubrique « les aliénés en liberté ». Le nombre des homicides et des massacres des innocents accomplis par les aliénés en liberté est fantastique ; c'est la marée montante des victimes généralement choisies dans l'entourage immédiat du malade, ce qui n'empêche point le paisible passant d'être tué au hasard

dans la rue par un alcoolique apeuré. Par excès d'amour ou d'amitié, par crainte de la médisance ou simplement par ignorance et naïveté, on hésite trop souvent à provoquer l'isolement du malade dans une maison de santé, on attend souvent jusqu'à la manifestation, jusqu'à l'acte criminel ; c'est après coup que la mesure utile, nécessaire est prise quand il est trop tard.

Cela est vrai pour les cas les plus nets, les plus évidents, les plus faciles à diagnostiquer et, pour les cas moins accentués, cela est de pratique courante, et alors, on entend dire, même à des médecins : « Je n'aurais jamais cru qu'un obsédé ou un simple hypochondriaque, un neurasthénique fut capable de commettre l'homicide ou une tentative d'homicide. »

Cela se fait cependant et, à chaque instant, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante, choisie entre tant d'autres parce qu'elle est d'actualité :

Madame X..., âgée de 39 ans, se plaint depuis 16 mois de ses yeux et de sa tête, elle craint de perdre la vue, « ça lui tire les yeux, ça la serre, elle a toujours la sensation des deux pouces du D[r] B., un hypnologue parisien, sur les deux côtés de la tempe ».

Elle passait son temps à consulter des médecins oculistes et a reçu en outre les soins des D[rs] R., B., C. et une consultation du Professeur Raymond. Placée dans une maison de santé pour nerveux, elle en est sortie assez rapidement, non améliorée. En dernier lieu, elle fréquentait une clinique externe pour nerveux dirigée par le D[r] R., et consultait, en même temps, en cachette, un rebouteur, fils d'une somnambule guérisseuse, qui se livrait sur elle aux pratiques d'un hypnotisme empirique.

Se trouvant de plus en plus souffrante, elle cessa tout traitement pour revenir habiter avec son mari.

Elle avait chez elle une femme de chambre, à figure souriante, qui lui aurait dit un jour : « Si vous continuez à vous plaindre de vos yeux, on vous conduira dans une maison d'aliénés » ; Madame n'hésitait pas un instant à tirer sur sa femme de chambre un coup de revolver et à la tuer froidement, essayant ensuite de se tuer elle-même, mais n'y réussissant pas « parce que », nous a-t-elle raconté, « elle ne connaissait pas assez la manœuvre du revolver ».

Cela ne l'empêchait point cependant de tirer un second coup de revolver dans le plafond de sa chambre.

Notre malade a tué sa femme de chambre, sans la moindre hésitation, sans le moindre remords, parce qu'elle croyait qu'elle se moquait d'elle, parce qu'elle ne la plaignait pas assez ; elle n'a pas eu la moindre émotion, et elle continue à l'Asile à

se plaindre et à gémir sur son misérable état de santé avec toutes les apparences d'une santé florissante. C'est le type parfait de l'égoïsme des hypochondriaques pour lesquels il n'y a rien, en dehors d'eux-mêmes.

Notons, incidemment, pour peindre l'état d'âme des ambiants, que la malade amenée sur le champ dans un Asile d'aliénés, parce qu'il n'était plus possible de faire autrement, y a été conduite par un ami de la famille, qui nous l'a recommandée d'une façon toute spéciale, en nous disant : « Ce n'est pas une aliénée, c'est une obsédée, elle a toute son intelligence, toute sa lucidité d'esprit, elle n'est pas dangereuse ! »

En résumé, les mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels sont urgentes, s'il s'agit des aliénés en liberté ; elles sont déjà prises et suffisamment à l'égard des aliénés hospitalisés dans les Asiles publics d'aliénés ordinaires. Ce qu'il reste à faire, c'est l'amélioration constante de ces asiles. Voilà où doivent tendre tous nos efforts, trop souvent paralysés par l'insuffisance des subventions départementales.

Le Dr Olivier, notre interne actuel, dans sa thèse sur les aliénés criminels [1] a fait remarquer que, à Blois, les aliénés criminels, passent inaperçus au milieu des autres aliénés, que rien dans leur manière d'être ou de se conduire n'attire particulièrement l'attention, qu'ils sont en général dociles, faciles à diriger et à surveiller, qu'ils ne nécessitent pas de mesures spéciales de restraint, qu'ils ne causent ni troubles, ni gêne dans la vie ordinaire de l'Asile. Nous ajouterons que jamais nous n'avons entendu dire par les malades que le contact avec les aliénés criminels leur était désagréable ou pénible. Cette promiscuité signalée comme regrettable par un certain nombre d'auteurs (partisans des Asiles spéciaux), n'est que la manifestation d'une idée-argument propre à ces auteurs ; ce n'est pas le résultat d'une enquête faite près des aliénés, non encore criminels, les seuls intéressés dans la question.

Puis, ne craignons pas de le dire, l'Asile spécial où seraient accumulés et réunis tous les éléments de désordre ou de danger ne saurait être qu'une maison de force, où on ne tarderait pas à envoyer (on le réclame ouvertement), avec les aliénés criminels,

1. — Paris, Juillet 1903.

tous ceux qui seraient considérés dans les Asiles comme dangereux ou simplement gêneurs. Comment faire pour classer les aliénés en dangereux et non dangereux, où commencer, où s'arrêter. On voit d'ici l'apparition des abus et une cause nouvelle de transfert d'aliénés, à éloigner de leur pays et de leur famille. Ce serait une mesure de réaction, une reculade, un retour au temps passé, aux anciennes maisons de force, ainsi que je l'ai déjà exposé dans mon rapport au Congrès de Toulouse !

Nous n'avons point parlé avec intention des criminels reconnus ou devenus aliénés après condamnation, parce que nous estimons que, dans nombre de cas, il s'agit d'aliénés méconnus qui n'ont pas bénéficié d'un examen médical avant leur comparution en Cour d'assises. Pour eux, comme pour les autres, l'Asile d'aliénés peut suffire à leurs besoins et point ne s'impose encore l'Asile spécial. Malades comme tant d'autres, ils ont droit à l'hospitalisation et non à la prison.

Reste la question de la sortie de l'Asile et de la responsabilité qui peut nous incomber quand nous avons à prendre une décision pour la sortie ou le maintien d'un aliéné criminel amélioré ou guéri qui réclame sa sortie.

Je me hâte de dire que, pour couper court à toutes les inquiétudes que semblable décision à prendre m'a procurées pendant toute ma carrière, il me paraît nécessaire de réclamer l'intervention de l'autorité judiciaire pour dégager d'autant notre part déjà si grande de responsabilités de toutes natures, qui nous apparaissent de plus en plus lourdes à supporter à mesure que s'accumulent nos années de service.

Les magistrats de l'ordre judiciaire, en rendant définitives les mesures d'entrée et de sortie des aliénés dans les Asiles d'aliénés, feraient de notre redoutable profession de Directeur-Médecin, une situation toujours dangereuse mais facile, où en toute liberté d'esprit, nous pourrions enfin vivre à l'abri des injures et des suspicions.

M. Henri COLIN, *Médecin de l'Asile des aliénés de Villejuif (Seine).*

La question des aliénés criminels qui fait l'objet du rapport si intéressant de M. Kéraval est tellement vaste qu'il faudrait

plusieurs séances pour la discuter à fond. Je me bornerai à l'envisager à trois points de vue différents.

Après avoir exposé ce qu'on doit entendre en médecine mentale sous le nom d'aliénés criminels, je décrirai les divers modes d'assistance préconisés à l'égard de ces malades, et je m'efforcerai de déduire des deux données précédentes une solution pratique, susceptible d'être appliquée au problème.

Au point de vue médical nous nous trouvons en présence de trois opinions contradictoires, les uns niant l'existence des aliénés criminels, d'autres au contraire l'affirmant, d'autres enfin ne voulant admettre comme tels que les fous moraux, certains faibles d'esprit, certains névrosés, à l'exclusion des vésaniques, des paralytiques généraux, des déments qui, disent-ils, ne diffèrent en rien des autres malades.

Pour moi, et je m'empresse de l'affirmer, il y a véritablement des aliénés criminels. On objecte que les deux termes jurent ensemble, qu'un aliéné ne peut être criminel, qu'il est avant tout et demeure un aliéné. Cette objection, ainsi que je l'ai bien des fois écrit et soutenu, ne résiste pas à l'examen. Si l'on considère la folie comme une maladie analogue aux états pathologiques ordinaires, et il semblerait difficile à notre époque, de ne pas le faire, on peut et on doit admettre que chez certains individus deux états coexistent ; la folie d'une part, les tendances criminelles de l'autre. Il y a superposition de deux états ainsi que nous l'avons démontré au Congrès de Toulouse, mon collègue et ami Vigouroux et moi. C'est certainement le cas qui se présente le plus fréquemment à l'observation, c'est celui des véritables aliénés criminels et dangereux, persécutés homicides, faibles d'esprit incendiaires, violateurs, pervertis sexuels, etc.

Est-ce à dire qu'il n'existe pas une autre variété d'aliénés criminels ? Évidemment non ; de même que de parfaits honnêtes gens peuvent être amenés, par la force des circonstances, à commettre des actes de violence ou des crimes, de même certains malades y seront poussés par des circonstances absolument indépendantes de leur volonté. Dans le premier cas, l'homme sain d'esprit réagit contre des causes réelles et particulièrement puissantes ; dans le second cas, le malade est sous l'influence d'une idée délirante qu'il considère comme réelle ou que l'état de ces facultés cérébrales lui interdit de raisonner.

C'est le fait de certains persécutés, des épileptiques en cours d'accès, des paralytiques généraux, des déments, etc., etc.

Il ne peut y avoir aucun inconvénient à réunir ces deux classes sous le nom d'aliénés criminels ou dangereux, et pour ces malades, pour eux seuls, l'Asile spécial s'impose.

Par contre, je me refuse absolument à considérer comme des aliénés criminels les simples vicieux, paresseux, ivrognes, vagabonds, habitués et exploiteurs des Asiles, nombreux surtout dans les grandes villes, certains hystériques et épileptiques, toute cette masse d'individus désignés souvent à tort sous le nom de fous moraux, qui ne peuvent s'adapter au milieu social où le sort les a jetés, insupportables par leurs violences, leurs mauvais instincts, leur brutalité, leur grossièreté et leur indiscipline, mais qui, en somme, se sont bien gardés de commettre des crimes et qui ont connu la prison ou l'Asile à l'occasion de simples délits. Au surplus, la justice a pour mission de différencier les crimes des délits et nous trace une limite que nous ne pouvons pas dépasser.

Pour cette catégorie de malades, je suis d'avis de créer des quartiers spéciaux annexés aux Asiles ordinaires.

La question me semble ainsi nettement posée. Il convient cependant de répondre à certaines objections formulées par nos adversaires.

A la page 11 de son rapport M. Kéraval, citant Falret, s'exprime ainsi : « En réalité, il n'y a pas d'aliénés criminels. C'est le hasard qui fait que les aliénés ordinaires n'ont pas commis d'actes semblables. Il suffit, pour s'en convaincre, de comparer les formes morbides des uns et des autres. » C'est la thèse soutenue par M. Olivier sous l'inspiration de M. Doutrebente.

En vérité l'argument n'est pas valable. La tuberculose, la fièvre typhoïde affectent-elles une forme spéciale quand elles atteignent des criminels ? Pourquoi donc le délire maniaque et mélancolique, la paralysie générale, la démence, le délire des persécutions se présenteraient-ils sous des modalités anormales lorsqu'ils évoluent chez ces individus ? J'ajouterai même qu'il serait étrange qu'il en fut autrement.

Si nous laissons de côté les aliénés pour considérer les criminels ordinaires, on peut se demander, et M. Kéraval est certainement de mon avis, à quels signes il est possible de distinguer,

au simple aspect extérieur, un parfait honnête homme d'un voleur ou d'un assassin. Est-ce une raison pour ne pas prendre à l'égard de ces derniers des mesures spéciales de sécurité ?

Bien plus, en poussant plus loin l'analyse, on s'aperçoit que le crime étant un produit social varie avec le milieu social, et il serait facile de citer des criminels de marque demeurés impunis, et dont cependant le crime présente une envergure autrement considérable que l'attentat commis par un chourineur vulgaire, que les détournements ou les faux d'un banquier aux abois ou d'un homme d'affaires véreux.

Cela prouve qu'il n'y a pas de critérium, pas de base d'appréciation subjective. A notre avis une seule chose doit entrer en ligne de compte, c'est l'*acte* commis.

Pour en revenir aux aliénés criminels, les objections de nos adversaires sont, il faut bien le dire, purement sentimentales. Et à ce propos je ne puis m'empêcher de signaler la thèse de l'élève de M. Doutrebente M. Olivier [1]. Ce n'est pas ici le lieu de discuter les observations contenues dans ce travail ; il y aurait beaucoup à dire et cela m'entraînerait trop loin. J'appelle seulement votre attention sur la dédicace : « A la mémoire de mon grand-père le docteur G., victime d'un aliéné. » Le grand-père de M. Olivier a été, paraît-il, tué par un malade, et M. Olivier résumant tous les arguments des adversaires des Asiles spéciaux conclut ainsi : « La création d'Asiles spéciaux destinés aux aliénés réputés criminels ne s'impose par aucune raison clinique, théorique, pratique, thérapeutique, morale, pécuniaire. »

Je n'insiste pas. Ce sont là des sentiments infiniment respectables, mais je ne puis m'empêcher de penser que l'auteur fait preuve ici d'une candeur et d'une générosité dont je m'avoue, à ma honte, profondément incapable.

C'est donc une raison de pur sentiment qui guide nos adversaires, lorsqu'ils demandent le maintien à l'Asile des aliénés criminels, sous prétexte qu'ils ne diffèrent en rien des malades ordinaires. Or, voyez comme le hasard fait quelquefois bien les choses. Il y a deux jours, nous visitions le superbe établissement que dirige M. Girma et mon attention s'est portée sur deux mala-

1. — *Études cliniques relatives à l'internement des aliénés réputés criminels.* Paris, Rousset, 1903.

des qui sont maintenus continuellement dans le quartier cellulaire. Je me suis informé et j'ai appris qu'il s'agissait de deux aliénés criminels. L'un a quatre meurtres à son actif, l'autre est ce malade qui tuait dernièrement un infirmier de l'Asile. Il est impossible, m'a-t-on dit, de laisser ces malades au milieu des autres, le premier, surtout, en raison de ses tendances perpétuellement agressives.

Un autre argument, toujours d'ordre sentimental, consiste à affirmer qu'en plaçant les aliénés criminels dans des Asiles spéciaux « on les éloigne de leur famille et on aggrave leur situation d'une manière imméritée ». Je reviendrai plus loin sur cet argument qu'il est facile de réduire à sa juste valeur.

Enfin on prétend que du fait de ce placement résultera une tare spéciale qu'on imposera aux malades et à leurs parents.

Ne vous semble-t-il pas comme à moi que la question est plus haute, que nous avons devant nous non pas un point de déontologie médicale mais un problème d'intérêt social et non des moindres? Il faut avoir le courage de le proclamer : les aliénés n'intéressent guère que leurs parents et les médecins qui les approchent. L'aliéné est bien nommé : *alienus,* étranger. Et il y a tant d'autres problèmes sociaux intéressants dont la solution s'impose, tous les jours plus impérieuse (assistance, éducation, travail, etc., etc.). Ne pensez-vous pas que les actes répugnants, les crimes atroces, les meurtres lamentables commis par les aliénés criminels soient pour beaucoup dans les sentiments de répulsion ou de crainte que les fous inspirent au public en général ? Et je ne parle pas du grand public, j'ai en vue aussi des personnalités marquantes, des hommes éminents sous tous les rapports. Aux obsèques de M. Roux, directeur des affaires départementales de la Seine, tué par un aliéné, je me rappelle avoir entendu J. Ferry — qui lui-même avait été victime d'un attentat — proclamer « qu'il fallait pendre ces gens-là. » *(Matin* du 26 décembre 1889). Je me souviens que lorsque mon ami et collègue Pactet passait sa thèse sur les aliénés méconnus et condamnés et citait le cas de paralytiques généraux avérés, envoyés en prison, un de nos professeurs les plus éminents lui répondait : « Après tout, cela débarrasse le trottoir. »

Et cela n'est pas spécial à notre pays. Je trouve dans un travail de notre éminent confrère le Dr Allison, médecin de

l'asile de Matteawan[1], la discussion suivante qui eut lieu devant le 21me Congrès annuel de l'association nationale des prisons, tenu à Cleveland (Ohio) du 22 au 26 septembre 1900.

M. Wines. — « Je demanderai à M. Allison ce qu'il pense de la proposition du Dr Mac Kim qui propose dans un livre de mettre les aliénés criminels à mort sans douleur, ce qui éviterait au condamné aliéné les douze années qu'il passera à l'Asile, et à l'état de New-York les frais que ce séjour occasionnera. »

M. Allison. — « Je me rallie à l'opinion exprimée hier par M. Wines sur l'inhumanité de cette méthode. Il n'y a pas lieu de s'y arrêter un seul instant. Un homme riche à qui on demandait de souscrire pour la création d'un Asile d'aliénés, répondit qu'il n'avait aucune sympathie pour ce genre d'individus, qu'il souscrirait volontiers s'il s'agissait d'embarquer les aliénés sur un chaland qui serait remorqué et coulé dans l'Atlantique. Si une pareille méthode devait être adoptée, les aliénés ne seraient pas les seuls à mettre à mort. On pourrait également se débarrasser des gens qui circulent, porteurs de maladies incurables, ou contagieuses et de ceux qui sont dangereux d'une autre façon. Où sera la limite ? Autant détruire tous les gens atteints de maladies physiques, âgés ou impotents. »

Il y a là, on le voit, un état d'esprit contre lequel il importe de réagir. Il faut rendre à l'aliéné sa dignité de malade, et faire de l'Asile l'hôpital qu'il devrait être. Pour atteindre ce but, il faut, non pas considérer l'aliéné comme un individu tabou, auquel tout est permis, mais le soigner comme un malade, en écartant de lui tous les éléments de perturbation, de danger ou de dégoût. Lorsqu'on parle de ne pas froisser les sentiments des familles des aliénés criminels, on oublie que les familles des malades ordinaires ont bien droit à quelques égards et qu'elles peuvent, elles aussi, être froissées du contact qui leur est imposé.

Je vais plus loin : j'affirme que l'intérêt même des aliénés criminels exige la réforme que nous demandons. A l'heure actuelle, et j'en citais plus haut un exemple topique, ils sont

1. — *The care and custody of the Convict and Criminal Insane.* Cleveland, 1900.

gardés en cellule ou ne quittent guère les quartiers d'agités. Vous savez, sans que j'aie besoin d'insister, quelle est la composition des quartiers d'agités actuels, à l'Asile de Villejuif, par exemple ; vous vous représentez ce coin maudit où se rencontrent pêle-mêle, se battant, s'agitant les uns les autres ou souffrant moralement, les malades inconscients, turbulents, malpropres et déchireurs, mais inoffensifs ; les agités véritables, les vicieux, les criminels et, en général, tous les délirants calmes mais dangereux dont on redoute les évasions et les réactions violentes.

Parfois aussi les aliénés criminels sont mis en liberté, après un séjour plus ou moins prolongé à l'Asile. Une fois en liberté, ils récidivent. Et à ce propos je suis hanté par le souvenir de cet individu placé dans deux Asiles différents à la suite d'une première tentative d'assassinat et de suicide et qui, mis en liberté, a commis cette série de meurtres et de viols atroces dont vous avez certainement gardé la mémoire, — j'ai nommé Vacher ! — Vacher a été guillotiné ; et s'il convient de ne pas insister sur cette solution, radicale en ce qui le concerne, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que notre responsabilité médicale aurait été singulièrement diminuée vis-à-vis de ses malheureuses victimes et vis-à-vis des parents qu'elles ont laissé derrière elles, si ce malade avait pu être maintenu dans un Asile spécial, en vertu d'une décision judiciaire, à la suite de ses premiers exploits.

Voilà donc où conduit l'extrême bienveillance de nos adversaires à l'égard de semblables individus. Au lieu de les considérer comme des êtres dangereux et de prendre des mesures de sécurité indispensables, ou bien on les maintient à l'Asile dans des conditions absolument défectueuses, ou bien on les rend à la société qui s'empresse de leur faire couper le cou.

Je crois avoir prouvé qu'il existe bien réellement une catégorie d'individus, d'aliénés criminels à l'égard desquels il convient de prendre des mesures spéciales. Je me propose d'examiner maintenant la question de l'assistance de ces malades. Nous nous trouvons ici en présence de quatre opinions différentes. Les uns demandent le maintien du *statu quo,* d'autres préconisent le système des quartiers d'Asiles annexés aux prisons (système allemand). Un troisième groupe préférerait la création de quartiers spéciaux annexés aux Asiles. Enfin, nous trouvons

les partisans de l'Asile *spécial* central ou d'Asiles *spéciaux* régionaux.

Il ne peut être question, à mon sens, de rester dans le *statu quo*, je me suis efforcé de le démontrer tout à l'heure.

Le système allemand des quartiers d'Asiles annexés aux prisons me semble inacceptable pour plusieurs raisons. En premier lieu, ce qui est possible dans un pays de décentralisation comme l'Allemagne, où chaque état possède soit une législation spéciale, soit des règlements particuliers sur le service des aliénés, n'est guère admissible dans un pays comme le nôtre, si fortement centralisé au point de vue administratif. J'ajouterai que le nombre des grands établissements pénitentiaires diminue tous les jours, à la suite de l'application du régime de la rélégation et qu'il serait difficile de choisir les maisons centrales auxquelles seraient annexés les quartiers spéciaux.

Il y a plus, cette idée d'annexer l'Asile d'aliénés à une prison choque le sentiment public et, pour citer un exemple, le maintien de l'Asile de Gaillon a été voté par la Chambre à la condition expresse que l'établissement perdrait complètement son caractère pénitentiaire. (Voir annexe 2.)

Ce que je viens de dire des quartiers annexés aux prisons allemandes s'applique avec plus de force encore aux Asiles-prisons d'Italie. Ici le régime, la nourriture, les soins, tout rappelle la prison, le *carcere-duro ;* seul, le nom de *manicome* subsiste.

Le système des quartiers spéciaux annexés aux Asiles doit également être rejeté et cela parce que ces quartiers seraient inutilisables en raison du nombre très restreint des malades de chaque Asile qui pourraient y être placés, surtout en ce qui concerne les Asiles de province. Les quartiers demeureraient vides et les malades intéressés ne trouveraient eux-mêmes aucun changement à leur situation actuelle.

En somme, je suis d'avis qu'il convient d'adopter le système qui seul jusqu'à présent a fait ses preuves, le système anglais de Broadmoor, perfectionné aux États-Unis dans les Asiles de Matteawan et de Dannemora. A propos du système anglais, on a l'habitude de citer l'Asile de Perth, en Écosse, comme un modèle, et après bien d'autres, M. Kéraval ne manque pas à la

tradition (p. 50). La vérité se trouve justement dans l'opinion contraire. J'ai visité l'Asile de Perth, annexé à l'ancienne maison de force qui servait de lieu de détention aux prisonniers français pendant les guerres du premier Empire, et dirigé par le directeur de cette prison. C'est un établissement détestable et à mon avis inférieur à notre quartier de Gaillon. Et je ne puis être taxé d'exagération puisque cet avis est partagé par le médecin de l'Asile de Perth et par tous les médecins aliénistes écossais, auprès desquels j'ai fait une enquête sur le sujet qui nous occupe. Tous m'ont répondu : si vous faites quelque chose, ne faites pas d'annexe à une prison et, surtout, ne faites rien qui puisse ressembler à l'Asile de Perth.

Je ne m'étendrai pas sur l'Asile de Broadmoor, établissement superbe tant de fois décrit, mais je veux dire un mot des asiles de l'Etat de New-York.

En 1892, l'Asile de Matteawan remplaçait l'Asile annexé à la prison d'Auburn. Il recevait des malades des deux sexes et comprenait : 1° les prévenus dont la maladie a été reconnue avant le jugement ; 2° les détenus en cours de peine devenus aliénés. Il est maintenant insuffisant, et un autre Asile, le *Dannemora Hospital for insane Convicts* a été ouvert en 1902. Ce dernier Asile est réservé exclusivement aux détenus aliénés dont le mélange avec les autres malades était une source de désordres. L'Asile de Matteawan ne reçoit maintenant que les prévenus reconnus aliénés et internés par les cours de justice, *court cases,* les femmes aliénées criminelles, condamnées ou non et certains malades coupables de délits de peu d'importance, ayant entraîné une condamnation d'un an au plus, et devenus aliénés en cours de peine.

L'Asile de Matteawan fonctionne admirablement sous la direction de notre éminent collègue, le docteur Allison, dont les travaux sont connus de vous tous, qui a provoqué le dédoublement dont je viens de parler et qui se déclare l'adversaire irréductible des Asiles annexés aux prisons et des quartiers annexés aux Asiles ordinaires.

J'arrive à la troisième partie de mon argumentation, et je vais essayer de dégager de l'exposé précédent la solution pratique du problème que nous étudions. Nous savons qu'il existe des aliénés criminels, et nous pensons qu'il est nécessaire de créer pour eux des établissements spéciaux.

Comment s'opèrera le placement de ces aliénés ? Pour moi, je l'ai dit et écrit maintes fois, et je suis d'accord en cela avec la grande majorité des médecins et des magistrats, l'intervention du pouvoir judiciaire m'apparaît comme indispensable, quelle que soit la nature du crime commis, quel que soit l'endroit où ce crime a été commis, quelle que soit l'affection délirante de l'aliéné criminel. Cette intervention est nécessaire tout d'abord au strict point de vue légal ; c'est de plus une garantie normale accordée non seulement au malade et à ses proches, mais aussi au médecin et aux personnes chargés de le soigner. La magistrature doit intervenir pour l'entrée et la sortie des malades. Je ne veux pas insister, vous trouverez dans le travail de M. Kéraval les différents projets de loi rédigés en vue de cet objet ; vous trouverez à la page 163 du remarquable rapport de Sérieux[1], à la suite d'un lumineux exposé de la question qui nous occupe, les propositions que j'ai moi-même formulées à cet égard devant la Commission mixte instituée en 1898 par le département de la Seine, pour l'étude de l'assistance des aliénés. Vous verrez que, dans tous les cas, les droits et les prérogatives du médecin spécialiste sont respectés d'une façon étroite, — comment pourrait-il en être autrement ? — malgré l'introduction de l'appareil judiciaire. (Voir Annexe n° 1.)

Un second point doit attirer notre attention. Comment s'opèrera le classement des malades ? J'estime qu'il y a nécessité absolue d'envoyer dans l'Asile ou les Asiles spéciaux tous les aliénés criminels sans distinction, et de ne pas les séparer comme certains voudraient le faire, suivant leur origine (aliénés criminels ou criminels devenus aliénés), ou suivant la forme de l'affection mentale.

Ce serait là une complication inutile, nuisible, qui aurait pour unique résultat de retarder la réalisation de la réforme que nous avons en vue.

En effet, nous avons démontré, mon ami Pactet et moi[2] que 36,7 pour cent des détenus devenus aliénés étaient des aliénés

1. — *L'Assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse.* Rapport au Conseil Général. Paris, Imprimerie Municipale (Hôtel-de-Ville), 1903, 1 vol.

2. — *Les aliénés devant la Justice et dans les Prisons*; 2 vol., Paris, Masson, 1902.

méconnus et condamnés ; d'autres sont des déments, des paralytiques généraux, des malades devenus inoffensifs. Peut-on dans ces conditions faire équitablement le départ entre les aliénés criminels et les criminels devenus aliénés?

D'autre part, le fait d'attribuer de façon obligatoire une destination différente aux malades d'après la forme de leur affection mentale, — les paralytiques généraux, les déments par exemple étant envoyés de droit et d'emblée dans les Asiles ordinaires, — offrirait dans la pratique de graves inconvénients. Je me contenterai de signaler les mille difficultés d'une expertise sérieuse, lorsque cette expertise se fera ailleurs que dans les grands centres. N'oublions pas aussi que souvent les paralytiques généraux, ces malades réputés inoffensifs et bienveillants, sont en réalité les plus dangereux des aliénés. C'est au médecin de l'Asile spécial d'opérer cette sélection et, au surplus, l'article 4 de nos propositions (voir annexe n° 1) est de nature à calmer les susceptibilités les plus exigeantes, puisqu'il laisse à l'autorité judiciaire la faculté du placement direct, dans un Asile ordinaire, des individus reconnus manifestement inoffensifs.

Nos adversaires formulent contre la solution que nous proposons plusieurs objections. La première a trait au nombre considérable des individus à interner. Dans un des derniers travaux publiés sur la matière, M. l'Inspecteur général Regnard estimait ce nombre à 2.400. Je crois que ce chiffre est notablement exagéré et l'exagération tient au fait que M. Regnard fait rentrer dans le cadre des aliénés criminels une quantité d'individus dangereux, ou simplement nuisibles, appartenant à la catégorie que nous avons éliminée d'emblée.

Si nous prenons comme terme de comparaison un pays voisin, l'Angleterre, qui possède une population sensiblement égale à la nôtre, nous voyons qu'à l'Asile de Broadmoor, où sont admis les aliénés criminels des deux sexes, condamnés ou non condamnés, on a soigné pendant l'année 1901 un total de 705 malades, 511 hommes et 194 femmes[1].

C'est là une donnée précise et exacte ; je suis convaincu qu'un seul Asile central suffirait à hospitaliser cette classe de malades,

1. — *Reports upon Broadmoor Criminal Lunatic asylum, with statistical tables for the year, 1901.*

et si pour des besoins régionaux ou des commodités de transfèrement il semblait préférable de ne pas concentrer tous les aliénés criminels sur un même point du territoire, deux Asiles seraient amplement suffisants.

Une deuxième objection souvent, formulée, vise l'encombrement rapide de l'Asile spécial. Ici encore la réponse est aisée. Pendant l'année 1901 l'Asile de Broadmoor a reçu 53 malades, 29 hommes et 24 femmes.

L'encombrement n'existe donc pas à Broadmoor, d'abord à cause du nombre restreint des entrées, et ensuite par le fait que les médecins traitants ont le droit absolu d'évacuer sur les Asiles de leur comté d'origine les aliénés qu'ils considèrent comme inoffensifs. Ce droit, nous l'avons expressément réservé dans les propositions citées plus haut (voir annexe 1, art. 4.)

Nos adversaires objectent encore qu'il est inadmissible de priver un malade à jamais de sa liberté, parce qu'il aura commis un crime. Ici encore la réponse est facile et la question est depuis longtemps résolue à Broadmoor et à Matteawan.

En Angleterre, le Ministre, sur la proposition des médecins de Broadmoor accorde des sorties conditionnelles aux malades. Ceux-ci sont rendus à leur famille qui s'engage à les recueillir et à les surveiller, mais ils restent soumis au contrôle des agents du Ministère et en cas d'infraction soit de la part du malade, soit de la part de ses parents, la réintégration à l'Asile s'opère immédiatement.

Un dernier argument est tiré du fait qu'en plaçant l'aliéné criminel dans un Asile spécial, on l'éloigne de sa famille.

En vérité, est-ce là un argument bien sérieux à une époque comme la nôtre qui voit pratiquer, dans le département de la Seine en particulier, l'assistance familiale des malades ordinaires placés à 3 ou 400 kilomètres de Paris, la création de colonies agricoles d'épileptiques, l'envoi à la campagne, et jusqu'à Hendaye, des enfants assistés !

Je me résume : je suis d'avis qu'il est indispensable de créer un Asile central ou deux Asiles régionaux pour l'hospitalisation des aliénés criminels, condamnés ou non. Il n'est pas nécessaire de donner à cet Asile le nom d'Asile d'aliénés criminels ou d'Asile de sûreté, il sera très suffisamment désigné par le nom de la localité dans laquelle il sera situé. Il n'est pas nécessaire

non plus, d'édifier d'énormes bâtisses dans le genre de l'Asile de Broadmoor ; on aura tout avantage au contraire, tant au point de vue médical qu'au point de vue financier, à créer des bâtiments séparés contenant chacun un nombre restreint de malades, et chacun de ces bâtiments étant approprié à une destination spéciale. Les aliénés pourront y être sélectionnés suivant la forme et l'affection mentale d'une part et, d'autre part, suivant leur origine, leurs aptitudes et leurs habitudes sociales. Ce sera le seul moyen d'utiliser ce genre de malades en les soumettant à un travail approprié au lieu de les abandonner à eux-mêmes dans l'oisiveté la plus complète. Pour donner des résultats appréciables, le travail nécessite une agglomération assez considérable d'individus, et cela suffirait à condamner le maintien du *statu quo,* ou la création de petits quartiers annexés aux Asiles actuels.

Le moment est bien choisi pour réaliser cette réforme ; à l'heure actuelle, en France nous n'avons rien fait. Et pourtant tout le monde est d'accord sur la nécessité de résoudre au plus vite ce problème inquiétant. Il y a trois ans, le 25 décembre 1901 la Chambre adoptait l'ordre du jour suivant proposé par M. Delbet :

« La Chambre invite le Gouvernement à désaffecter la maison centrale de Gaillon, qui prendra le nom d'Asile central des aliénés criminels.

» Le Ministre de l'Intérieur est chargé de l'organisation d'un service médical et d'un service de surveillance en rapport avec sa destination nouvelle. »

On se borne en général à reproduire cette rédaction et à ne pas mentionner les discours des différents orateurs. Et cependant dans chacun de ces discours, la réforme apparaît nécessaire, urgente ; on pourra en juger par les extraits que j'ai là sous les yeux. (Voir annexe n° 2.) Tout le monde est d'accord pour réclamer la création d'un Asile spécial, et enfin chacun se rallie à la proposition de M. Delbet qui conserve Gaillon et malgré les objections de M. Waldeck-Rousseau, Ministre de l'Intérieur, partisan du maintien de l'Asile sous sa forme primitive, le soustrait à l'autorité de l'Administration pénitentiaire pour le soumettre à celle de l'Assistance publique. Gaillon, d'après le vote de la Chambre, doit être un Asile spécial, l'embryon du

projet déposé par M. Dubief. Il y a bientôt trois ans que ce vote a été émis et l'Asile de Gaillon, bien que dépendant nominalement de l'Assistance publique, continue de recevoir exclusivement les condamnés devenus aliénés et d'être administré et entretenu par le service pénitentiaire. Il y aurait là cependant quelque chose à faire. L'établissement est créé et possède de larges dépendances ; il fonctionne régulièrement et, avec un peu de bonne volonté, il serait facile de le modifier et de le développer.

J'ai terminé ; je crois vous avoir démontré qu'il est nécessaire dans l'intérêt de la société et dans l'intérêt de tous les malades sans excepter les aliénés criminels, de modifier le régime actuel de nos Asiles. Ce sera, pour employer les expressions même de M. Kéraval, la meilleure façon « d'améliorer les Asiles existants » et de « rester médecins ».

Annexe n° 1.

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE

COMMISSION MIXTE CHARGÉE D'ÉTUDIER LES QUESTIONS INTÉRESSANT L'HOSPITALISATION DES ALIÉNÉS.

SOUS-COMMISSION (MODES DIVERS D'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS)

(Séance du 27 Mai 1899.)

Conclusions du Rapport du Dr H. Colin sur l'Assistance des Aliénés criminels

VOTÉES PAR LA COMMISSION.

I. — Il y a lieu de créer un Asile spécial pour les aliénés dits criminels de l'un et de l'autre sexe, où ils seront conduits et retenus par les soins du Ministre de l'intérieur.

II. — L'internement sera prononcé par le tribunal en chambre du Conseil.

III. — Est envoyé devant le tribunal en chambre du Conseil, qui,

après avoir entendu le Procureur de la République, ordonne son internement :

1° Tout inculpé de crime ou de délits à déterminer qui, par suite de son état mental, a été reconnu irresponsable, l'objet d'une ordonnance ou d'un arrêté de non-lieu ;

2° Certains prévenus poursuivis en police correctionnelle, acquittés comme irresponsables à raison de leur état mental ;

3° Tout accusé qui, par suite de son état mental, a été déclaré irresponsable et acquitté par le Conseil de guerre ;

4° Tout accusé traduit en Cour d'assises pour lequel, au cours des débats, la question d'irresponsabilité sera posée. Dans ce cas, la Cour devra ordonner le renvoi de l'accusé devant une Commission d'expertise spéciale composée de médecins et de juristes.

La défense aura le droit de participer à la désignation des experts ;

5° Les individus condamnés, reconnus aliénés pendant la durée de leur peine ;

6° Les aliénés qui, placés dans un Asile, y auront commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes.

Les aliénés dont il est question dans les trois paragraphes précédents seront immédiatement renvoyés devant le tribunal en chambre du Conseil, qui statuera dans les conditions prévues plus haut.

Les dispositions précédentes s'appliquent seulement aux individus dangereux à impulsions violentes, à mauvais instincts, dont les actes criminels ou les manifestations violentes sont de nature à compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publique (crimes ou délits contre les personnes, incendies, viols, etc., etc.)

La loi nouvelle déterminera la catégorie des crimes et des délits visés plus haut.

IV. — Les médecins chargés du service de l'Asile spécial auront la faculté de proposer à l'autorité compétente le transfèrement dans les Asiles ordinaires de leurs départements des aliénés incurables, inoffensifs ou devenus inoffensifs, des déments, des paralytiques généraux, etc.

Les aliénés dits criminels pourront, dans tous les cas, être placés directement dans les Asiles ordinaires par décision judiciaire, après expertise, comme cela a lieu en Angleterre.

V. — Lorsque la sortie d'un des aliénés internés en vertu des articles ci-dessus est demandée, le médecin traitant doit déclarer si l'intéressé est ou non guéri, et, en cas de guérison, s'il est ou non suspect d'une rechute de nature à compromettre la sécurité, la décence et la tranquillité publique et sa propre sûreté.

La demande et la déclaration susdites sont déférées de droit au tribunal, qui statue en chambre du conseil.

VI. — Le médecin traitant pourra proposer au tribunal des sorties conditionnelles, mais l'État conserve, sur le malade sorti ainsi conditionnellement, un droit et un contrôle effectif, le soumet à des

visites fréquentes et, en cas d'infraction, soit de sa part, soit de la part de ses tuteurs, le reprend et le fait reconduire à l'Asile comme cela se pratique en Angleterre.

VII. — L'Asile spécial devra se composer de pavillons contenant un petit nombre de malades, vingt au maximum en deux quartiers de 10 malades, et aménagés de façon à permettre l'emploi des malades à des travaux industriels.

Annexe n° 2.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

(Séance du 24 Décembre 1901.)

M. Jean Cruppi...

Quel est aujourd'hui le régime légal de l'aliéné criminel ? Ce régime n'existe pas. Nous sommes le seul pays au monde où les malheureux qui, prévenus d'un crime ou d'un délit ou qui, ayant commis un crime ou un délit, sont reconnus aliénés, ne sont pas l'objet d'une hospitalisation réglée par des textes spéciaux. Il n'y a pas, je le répète, un pays en Europe où la législation soit aussi mauvaise, aussi défectueuse sur ce point qu'en France. A la vérité, nous n'avons à notre disposition aucun texte..
....

Nous sommes tous d'avis que la réforme consistera dans la création d'un ou de plusieurs Asiles avec quartiers d'Asiles spéciaux qui ne seront pas des prisons, mais de véritables hospices et aussi des quartiers de sûreté, parce qu'on est dans l'obligation d'interner des aliénés extrêmement dangereux prévenus de crimes ou ayant été condamnés pour crimes. Cette opinion s'impose et elle est partagée, je crois, par la plupart de mes collègues. Nous arriverons donc, avec les crédits nécessaires, à la création et à l'organisation de ces Asiles de sûreté spéciaux.

En attendant, vous possédez un Asile de sûreté, celui de Gaillon.....

Modifiez-le, réformez-le, développez-le, qu'il soit le germe et l'embryon de la réforme plus vaste que nous voulons organiser ; mais ne le supprimez pas.

M. Fernand Dubief........ Oui, je crois qu'il est nécessaire d'avoir des Asiles spéciaux ; mais ces Asiles doivent être des Asiles de sûreté et non pas des Asiles-prisons. Il est monstrueux qu'à notre époque, au commencement du vingtième siècle, on continue à tenir sous le régime de la prison des malades irresponsables. C'est cet état de choses que je demande à la Chambre de faire cesser..............................

Je vous demande donc, Messieurs de vouloir bien décider — ce sera l'objet d'une proposition de résolution que je déposerai sur le bureau de la Chambre — que les aliénés, criminels ou non, ressortiront désormais de l'Assistance publique et non de l'Administration pénitentiaire ; que Gaillon sera désaffecté parce que Gaillon ne présente aucun des caractères nécessaires à l'Asile.

Et enfin je demanderai à la Chambre de vouloir bien étudier un projet qui comblera la lacune de notre législation sur les aliénés et au Gouvernement de vouloir bien préparer la construction et l'édification non seulement d'un Asile de sûreté pour hommes, mais aussi d'un Asile spécial pour femmes, de façon à débarrasser nos Asiles départementaux non plus de quelques unités malfaisantes, mais de toute une population d'aliénés particulièrement dangereux, qui sont dans ces Asiles une cause de trouble, de gêne pour tout le monde, et d'insécurité.

....

Voilà pourquoi j'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Chambre une proposition de résolution dont je demande à M, le Président de donner lecture.

« La Chambre, considérant que tous les aliénés, criminels ou non, sont des malades qui relèvent de l'Asile et non de la prison, décide la désaffectation de l'infirmerie pénitentiaire de Gaillon, et invite le Gouvernement à étudier un projet de construction, à Gaillon ou ailleurs, d'un double Asile de sûreté destiné à recevoir les aliénés des deux sexes particulièrement dangereux et dont la présence dans les Asiles départementaux est une cause de gêne, de trouble et d'insécurité. »

M. Delbet..

La question de Gaillon est toute spéciale. N'est-il pas évident qu'il y a là comme une pierre d'attente pour la solution à venir, qui sera la bonne et qui est déjà adoptée par tous ceux qui se sont occupés de ce problème au point de vue médical, je veux dire la spécialisation d'un lieu affecté à la garde des aliénés dits criminels ou dangereux. C'est là le projet de l'avenir. Mais pourquoi donc détruire ce qui existe déjà, ce qui est l'embryon même du projet proposé par M. Dubief ?

....

Il existe à Gaillon un commencement d'organisation spéciale pour l'isolement des aliénés criminels ou dangereux ; conservons-le : il suffira de changer simplement l'étiquette de l'établissement et de déclarer que, cessant d'être une prison, Gaillon, dès aujourd'hui, sera un Asile spécial.

Cet Asile n'est pas encore ordonné dans les conditions que réclament les soins à donner aux aliénés, soit ; il faut l'adapter à sa destination nouvelle.

M. Grimanelli, Commissaire du Gouvernement..................

Je conçois très bien que l'on demande l'amélioration et l'extension de ce qui existe à Gaillon. Cette extension est possible ; cette amélioration

est réalisable. Il y a à Gaillon toute la place nécessaire pour faire un quartier de femmes. J'estime avec les honorables orateurs qui se sont succédés à la tribune qu'il est tout-à-fait irrationnel de ne pas faire pour les femmes ce que l'on a fait pour les hommes.

Il est même irrationnel de distinguer les condamnés aliénés d'après la durée de la peine qu'ils subissent et non pas d'après le caractère des actes qu'ils ont commis ou qu'ils sont disposés à commettre. Donc l'Asile est susceptible d'améliorations.

Je ne préjuge pas la solution de l'avenir. Conservez Gaillon. Le jour où vous voudrez l'étendre, vous pourrez le faire ; le jour où vous voudrez le débaptiser, vous le débaptiserez. On pourra changer, si cela est reconnu bon, l'enseigne de l'Administration pénitentiaire pour l'enseigne de l'Assistance publique. Mais conservez ce qui existe, ne vous lancez pas dans l'inconnu, ne faites pas aux Asiles ordinaires le triste cadeau qu'on veut leur faire.

....

M. W. Rousseau, Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur...... Nous ferons à Gaillon un essai, une transformation se rapprochant très sensiblement du système vers lequel tout le monde s'oriente.

M. V. PARANT, *Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Toulouse.*

Y a-t-il des aliénés qu'on puisse dire criminels ? Est-il opportun, à l'égard de ceux qui sont réputés tels, de créer des Asiles spéciaux, ou de faire intervenir l'autorité judiciaire pour ce qui concerne leur placement et leur sortie ?

C'est surtout à un point de vue général que je demande à intervenir dans la discussion qui nous occupe, sur les mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels. Il y a un point que M. le Dr Kéraval, dans son très judicieux rapport, n'a qu'effleuré et que cependant, à mon avis, il eut été utile de mettre un peu plus en relief. Ce point consiste dans la juxtaposition même des mots qui font l'objet de la discussion, à savoir : aliénés criminels. Cette expression est impropre, se borne à dire M. le Dr Kéraval. Ce n'est pas assez de constater qu'elle est impropre ; il importe d'ajouter qu'elle a, en elle-même, quelque chose d'absolument malfaisant et nuisible, et je déplore beaucoup, quant à moi, de la voir employer. Elle va, en effet, à l'encontre de la saine interprétation des faits ; elle est susceptible de perpétuer, de confir-

mer là où elles existent, des conceptions fausses sur la nature de l'aliénation mentale, sur la portée des mesures d'ordre social à prendre à l'égard des aliénés et sur la destination des établissements qui leur sont consacrés.

Un aliéné est un aliéné, un criminel est un criminel; vérité digne de M. de la Palisse, mais qu'il n'est cependant pas hors de propos de proclamer. Et ce n'est pas parce qu'un aliéné aura pu commettre un acte réputé crime qu'il pourra être, ne fût-ce que dans les mots, assimilé à un criminel. Il lui aura en effet manqué, dans l'accomplissement de son acte, tant au point de vue psychologique qu'au point de vue légal, des éléments qui constituent vraiment le criminel. Ne perdons pas de vue, en effet, ce que la loi dit expressément : « Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque l'individu, au moment de l'acte, était en état d'aliénation mentale. » (Code Pénal, art. 64.)

Je déplore d'autant plus d'entendre parler d'aliénés criminels, que je suis de ceux qui voient, avec inquiétude, la tendance croissante où l'on est d'assimiler les pratiques à suivre dans l'assistance et la surveillance des aliénés, à celles qui sont de mise avec les délinquants et les criminels. Les procédés que les projets de loi en préparation veulent introduire, par l'intervention de l'autorité judiciaire, pour faire entrer les aliénés dans les Asiles, rendront l'assimilation plus complète encore. Sous couleur de progrès on revient en arrière, on recule jusqu'à des errements qui ont paru autrefois nuisibles ou blâmables, et que, par une singulière illusion, on s'imagine, tout en les reproduisant, blâmer encore.

C'étaient ceux du temps où criminels et aliénés étaient confondus ensemble dans les mêmes geôles, ceux du temps où une loi du 24 vendémiaire an II s'occupait de reléguer dans les maisons de répression les individus en démence, où une circulaire ministérielle du 17 décembre 1804, il y a cent ans, parlait de mettre les furieux dans des lieux de sûreté et de les y retenir en vertu de jugements. On a beaucoup célébré la gloire que Pinel et Esquirol se sont acquise en rendant aux aliénés leur vraie qualité, qui est celle des malades ; mais cet hommage est ici bien platonique. La loi du 30 juin 1838, éminemment bienfaisante, et dont j'entends ne contester en rien les mérites, car il sera difficile de faire mieux, n'a cependant pas, sur ce point, été

aussi loin qu'il aurait fallu ; ses auteurs semblent ne pas l'avoir osé. Ils ont laissé subsister l'intervention de la magistrature dans le placement des aliénés ; ils l'ont laissée, il est vrai, dans une mesure bien faible. Mais si faible qu'elle soit, elle a eu comme conséquence de donner matière à ces enquêtes de police, si déplorables, si mal faites, souvent si nuisibles, et la plupart du temps si profondément inconvenantes, qui accompagnent l'entrée de tout aliéné dans un Asile, et qui, dans la plupart des cas, laissent au public, comme aux magistrats eux-mêmes, l'impression, la conviction que cette entrée est un emprisonnement. Cette impression, faible d'abord, a été peu à peu en s'accentuant. C'est elle qui, par une singulière conception des choses, permet d'écrire, comme le faisait récemment un journal (*Cri de Paris,* 18 juillet 1904), que l'entrée dans un Asile est une incarcération ; que les établissements d'aliénés, publics ou privés, sont des prisons. Aux yeux de bien des gens, les Asiles d'aliénés sont donc des prisons, les individus qu'on y traite sont des prisonniers. Sur la pente où glissent les nouveaux projets de loi on fera perdre encore davantage aux aliénés leur qualité de malades ; par l'intervention de la magistrature dans leur placement, on les fera de plus en plus considérer comme des prisonniers ou des délinquants, et c'est à mon avis faire le jeu de cette déchéance, de ce recul, de ce progrès à rebours, que de parler d'aliénés criminels.

Comment donc faudrait-il désigner les aliénés qui ont fait des actes réputés crimes ou délits ? N'importe quelle expression vaudrait mieux que celle-là, car, comme dit Rabelais, nous sommes tous essentiellement dupes de la piperie des mots et souvent les questions de mots, prenant à nos yeux plus d'importance que les questions de fait, nous font aisément perdre celle-ci de vue. On pourrait ne parler que d'aliénés malfaisants ; cela ne préjugerait absolument rien ; si tant est même qu'il ne serait pas encore plus simple de ne parler que d'aliénés.

Étant donnée cette manière de concevoir les choses, comment pouvons-nous envisager les deux questions principales qui font l'objet de la discussion présente, à savoir :

Faut-il créer des Asiles spéciaux pour les aliénés malfaisants ?

Faut-il faire intervenir l'autorité judiciaire dans les mesures à

prendre relativement à l'entrée et à la permanence du séjour de ces aliénés dans les Asiles ?

M. le Dr Kéraval, dans son rapport, a présenté d'une manière si complète et si claire tout ce qui a été dit récemment sur ces deux questions, qu'il n'y a rien de plus à en dire et qu'il ne reste en quelque sorte qu'à prendre parti ; c'est en m'inspirant des idées générales que je viens d'exprimer tout à l'heure que je me suis fait à moi-même une opinion.

Sur la première question, M. le Dr Kéraval a pris position nette. « Ne faisons pas, dit-il, d'Asiles spéciaux ; bornons-nous à améliorer les Asiles qui existent, à les distribuer mieux, à y mieux séparer les uns des autres les diverses catégories d'aliénés. Si après cela on reconnaît qu'il est encore nécessaire d'avoir un établissement à part pour certains de ces aliénés, alors seulement il pourra être utile d'y avoir recours. »

Cette manière d'envisager les choses me paraît, quant à moi, préférable à toute autre. Les aliénés ne sont tous que des aliénés. Ils le sont de différentes manières, mais ils ne le sont pas à un titre différent les uns des autres. Entre ceux qui ont commis des actes réputés criminels et ceux qui n'en ont pas commis, il n'y a le plus souvent qu'une différence de temps et d'occasion morbide. Celui qui n'a pas encore agi est tout aussi bien que l'autre susceptible de le faire, et si les circonstances s'y prêtent, il agira à son tour ; si bien que, dans le cas où l'on créerait des Asiles spéciaux pour ceux qui ont agi, tous pourraient, de la sorte, peu à peu, être transférés de l'Asile ordinaire dans l'Asile extraordinaire. Pourquoi donc, dès lors, les traiter différemment les uns des autres. Au point de vue nosologique ils ne font qu'un : au point de vue social ils ne doivent faire qu'un également.

Cependant je ne voudrais pas qu'on m'accusât de pousser trop loin les choses. Il y a, je le sais, des aliénés qui habituellement ou temporairement sont plus difficiles, plus désagréables, plus méchants, plus nuisibles que les autres. Qu'on établisse donc, si on le veut, dans la pratique, des quartiers distincts, voire même des pavillons de solitude, non pas pour des catégories d'aliénés, mais pour certains aliénés appartenant aux groupes des persécutés, des persécuteurs, des raisonnants, des épileptiques impulsifs, des imbéciles qui, par leurs agissements, par

leur mauvais esprit, par leur perversité féconde en expédients, peuvent éminemment contribuer à troubler le bon ordre d'un Asile et exercer sur leurs compagnons une mauvaise influence. La présence de ces individus au milieu des autres y amène, soit par imitation, soit par incitation, des tendances qui sans cela n'y existeraient pas. La malfaisance n'est-elle pas éminemment contagieuse ? En somme, comme le dit avec vérité M. le Dr Kéraval, les malades de cette espèce ne sont proportionnellement pas nombreux, et leur nombre relativement petit doit rendre facile de les séparer des autres.

Mais pourquoi séparer de leurs congénères de pauvres diables de paralytiques, des déments, des déprimés de toute sorte qui auront mal agi, non pas en vertu d'une tendance habituelle, mais par suite d'une incitation purement transitoire et dont la nullité mentale ne fait pas d'eux des êtres nuisibles comme ceux dont nous avons parlé précédemment. Qu'on les surveille avec soin, et on annihilera leur aptitude à nuire.

Ce que nous venons de dire des aliénés qui ont mal agi ne peut pas s'appliquer par réciprocité aux criminels proprement dits, qui sont devenus aliénés postérieurement à leur crime, et sans qu'ils fussent le moins du monde en puissance d'aliénation mentale au moment où ils ont commis l'acte criminel. Ces individus, en devenant aliénés, ne cessent pas d'avoir été des criminels ; ils gardent la tare de leur crime ; ils prennent seulement en plus une qualification nouvelle, sans corrélation aucune avec la première. En principe, à cause de cela, ils ne devraient jamais être introduits dans un Asile d'aliénés ordinaires. Outre que leur présence peut être, pour certains aliénés, un objet d'inquiétude et de répulsion, elle vicie la destination de l'Asile qui, à aucun degré, ne doit être transformé en une succursale de la maison de détention. Il est donc naturel qu'on crée pour ces individus des installations particulières où les règles applicables à la maison de détention pourront continuer d'être observées, mais dont les habitants seraient momentanément traités en aliénés plutôt qu'en criminels. Il serait facile, je crois, de faire que les règlements pénitentiaires pussent prévoir à leur situation des adoucissements commandés par leur maladie mentale, comme ils le seraient pour n'importe quelle maladie.

Sur la deuxième question, il semble que l'opinion intime de M. le Dr Kéraval soit également bien nette et tende à repousser l'intervention de l'autorité judiciaire dans le placement et dans la maintenue des aliénés, de quelque catégorie qu'ils soient. Cependant il déclare qu'il tient compte des mouvements d'opinion qui règnent à ce sujet ; il n'ose pas aller à l'encontre et se résigne à accepter, relativement aux aliénés dits criminels, l'intervention du tribunal civil pour les mesures à prendre à leur égard jusqu'à leur sortie de la maison où ils ont été placés. Mais il repousse cette intervention pour les aliénés d'autres catégories, si malfaisants qu'ils soient.

Est-il vraiment sage, dans une question de ce genre, de sacrifier aux exigences de l'opinion publique? Ne devons-nous pas, nous, médecins aliénistes, qui devons par dessus tout avoir souci de ce qui conserve aux aliénés leur qualité de malades, ne devons-nous pas aller à l'encontre de tout ce qui tendrait à leur faire perdre cette qualité. Ils risqueront de la perdre par l'intervention en ce sens de l'autorité judiciaire. Celle-ci ne peut manifester ses décisions que par des jugements ou des arrêts ; en décrétant de cette manière la mise en traitement des aliénés, elle les frappera d'un stigmate équivalent à celui dont elle frappe les coupables de toute nature. On en arrivera à dire : telle personne a été condamnée à l'Asile d'aliénés, et cette sorte de condamnation livrée inévitablement à la publicité, sera une tare de plus infligée à celui qui en aura été l'objet. Croit-on, du reste, que parce qu'on aura transféré des mains de l'autorité administrative aux mains de l'autorité judiciaire les pouvoirs que la première possède actuellement, ils seront mieux exercés ? L'autorité judiciaire aura-t-elle, pour s'éclairer, des moyens dont l'autorité administrative ne puisse disposer? Dans un cas comme dans l'autre les décisions à prendre s'appuieront le plus souvent sur des avis médicaux et le résultat sera le même. Il y aura cependant quelques différences : avec l'autorité judiciaire les décisions à prendre donneront lieu à des formalités plus complexes, à des délais plus longs qu'avec l'autorité administrative ; elles auront, d'autre part, un caractère impersonnel d'absolutisme contre lequel il pourra être aussi difficile d'avoir recours que contre des jugements ayant acquis force de chose jugée ; enfin ces décisions impersonnelles de l'autorité judiciaire aboutiront

à supprimer toutes les responsabilités qui, actuellement, portent sur les administrateurs et sur les médecins des Asiles. Quoi qu'on ait pu dire, l'autorité administrative suffit à sa tâche actuelle ; qu'on la lui laisse donc. Qu'on laisse, de son côté, à l'autorité judiciaire le rôle important qui lui est actuellement dévolu, et qui est une des meilleures sauvegardes de la protection de la liberté des individus, celui d'intervenir chaque fois que cela est utile pour faire sortir d'un Asile l'individu qui s'y trouverait indûment retenu.

En fin de compte, ne donnons pas aux aliénés des qualifications auxquelles ils doivent échapper et qui risquent de leur porter un préjudice immérité ; ne réclamons pour aucun d'entre eux ni des Asiles extraordinaires, ni des mesures de police qui, certainement, ne seraient pas un progrès sur la situation actuelle.

M. PACTET, *Médecin de l'Asile des aliénés de Villejuif (Seine).*

La lecture du rapport de M. Kéraval ne m'a pas rallié aux conclusions qu'en tire son auteur. Je demeure absolument convaincu de l'utilité d'un établissement spécial pour les aliénés criminels et considère sa création comme devant réaliser un nouveau progrès dans l'assistance des aliénés.

Quant à la proposition de subordonner cette fondation à une expérience qui serait faite préalablement dans les asiles remaniés et mieux adaptés à leur destination, elle équivaut, pour moi, à un ajournement indéfini de la réforme. A voir le temps que réclament des modifications insignifiantes au point de vue de la dépense, dans les locaux de nos services, il n'est pas osé de dire, pour qui ne veut pas se bercer d'illusions, qu'un remaniement général des asiles nous entraînerait à quelques siècles d'ici.

Je ne crois pas non plus que l'extension la plus large de l'expertise arrive à supprimer totalement les aliénés qui se trouvent dans les prisons. Évidemment, cette réforme permettrait de diriger directement sur l'asile des aliénés qui, méconnus au moment de leur condamnation, font aujourd'hui un stage plus ou moins prolongé dans les établissements pénitentiaires. Mais, pourquoi ne pas admettre qu'un détenu puisse devenir aliéné au cours de l'accomplissement de sa peine ? Il ne suffit

pas de déclarer qu'il n'existe pas de psychose de la détention pour s'imaginer avoir, par cette affirmation, mis tous les hôtes des maisons centrales à l'abri de la folie.

Mais je n'insiste pas, j'aborde de suite le point sur lequel je me propose de retenir plus particulièrement votre attention. Je voudrais établir qu'il existe une différence réelle entre les aliénés criminels et les aliénés ordinaires, et montrer en quoi consiste cette différence.

J'entends bien que tous les auteurs sont encore loin de tomber d'accord sur cette proposition, mais les divergences d'opinions résultent surtout, selon moi, du fait que chacun s'est placé, pour envisager la question, à un point de vue particulier qui, le plus souvent, n'a qu'un rapport assez éloigné avec elle. L'un déclare : « il n'y a pas de responsabilité ; partant, il n'y a pas pour moi d'aliénés criminels ». Mais c'est un point de vue doctrinal.

Un autre nous dit : « N'envoyez pas dans des asiles spéciaux les aliénés criminels, car c'est jeter ainsi sur eux et leur famille un discrédit immérité ». Ne voilà-t-il pas, au premier chef, une question de sentiment ?

Enfin, il existe encore une troisième conception de l'aliéné qui, pour être très répandue, n'en répond pas davantage à la réalité et que j'appellerais volontiers conception mystico-métaphysique. Ici l'aliéné, du fait de sa maladie, subirait une transformation totale, deviendrait un être nouveau chez qui ne subsisterait pour ainsi dire plus rien des idées, des sentiments, des tendances communes aux autres hommes. Il acquerrait une personnalité nouvelle, absolument intangible, ayant droit au respect, même dans ses manifestations les plus nuisibles.

Il est presque superflu de vous dire que je ne saurais partager aucune de ces conceptions et je crois que si nous voulons arriver à trouver un terrain d'entente, il convient de descendre de ces hauteurs de la doctrine, du sentiment et de la métaphysique pour envisager l'aliéné criminel en lui-même et constater les caractères qui permettent de le différencier des autres malades.

Pour moi, la différence est réelle, considérable, capitale, entre l'aliéné criminel et l'aliéné ordinaire et l'élément de différenciation réside précisément dans la nature de l'acte qu'accomplit l'aliéné criminel.

M. Olivier, cité par M. Kéraval, nous dit que « l'acte criminel

est le moyen variable selon les lieux et les temps *par lequel s'exprime le trouble mental* ». Voilà une opinion que je ne saurais admettre ; l'acte de l'aliéné criminel m'apparaît, non pas comme l'expression d'un trouble mental, mais comme le produit de tendances spéciales, agressives, criminelles, formant le fond même du caractère de l'individu et préexistant au développement de l'aliénation mentale. Et l'existence de ces aptitudes dangereuses chez l'aliéné criminel suffit seule à établir une différence très nette entre lui et les autres aliénés.

Cette façon de voir, c'est peut-être le cas de le rappeler, est en parfait accord avec la loi générale de biologie qui établit que les modifications apportées par la maladie dans tout organisme vivant se traduisent uniquement par des changements dans le dynamisme des phénomènes normaux. La maladie ne crée pas de toutes pièces des éléments nouveaux et, s'il se révèle chez un aliéné des tendances criminelles, celles-ci n'ont pas été créées par l'aliénation mentale ; elles témoignent simplement d'un réveil, à cette occasion, de dispositions spéciales inhérentes à la nature du sujet.

Et si nous voulons nous pénétrer de la réalité de ce fait, prenons deux malades, deux persécutés, par exemple, ayant un délire et des hallucinations analogues, désignant tous deux un persécuteur, et regardons-les réagir. L'un formulera des plaintes incessantes, il se lamentera sur sa situation, il écrira à toutes les autorités, à la rigueur il proférera des menaces, mais jamais nous ne le verrons passer à l'acte. L'autre, au contraire, à brève échéance, tuera son persécuteur. Il y a dissemblance très nette entre ces deux aliénés : l'un déclare de suite la guerre, l'autre, au contraire, a recours à l'arbitrage, et cependant ils sont atteints tous deux de la même maladie. Ce n'est donc pas elle exclusivement qui détermine le mode de réaction.

Il se passe là, en somme, exactement ce qui se produit chez des individus sains, à l'occasion d'un état émotionnel identique ; la réaction est également commandée pour chacun par son tempérament spécial : l'un prendra son revolver et tuera, l'autre s'adressera aux tribunaux.

Il ne faudrait pas croire que la différence entre la psychologie de l'aliéné criminel et celle de l'aliéné ordinaire fut une découverte récente. J. Falret, profond clinicien autant qu'observateur

clairvoyant, l'avait déjà signalée dans une discussion qui eut lieu en 1868, à la Société médico-psychologique, à propos des aliénés dangereux. « Penser une idée et la réaliser, déclarait-il, sont deux choses essentiellement distinctes qui dénotent même deux catégories différentes d'individus et de caractères. »

Cette opinion n'est autre que celle que je viens de développer devant vous. Elle offre l'avantage, remarquons-le de suite, de nous mettre en possession d'une règle générale qui nous permet de déterminer facilement quels seront les aliénés qui devront être placés dans l'établissement spécial. C'était pour plusieurs une vive préoccupation de savoir s'il recevrait par exemple des déments, des paralytiques généraux au même titre que des persécutés ou d'autres malades dangereux. Grâce à cette notion de la préexistence chez l'aliéné criminel de tendances dangereuses qui relèvent plus de son caractère propre que de la maladie, la question se simplifie et l'on conçoit que la sélection devra s'opérer moins d'après la forme de l'affection que d'après la nature des actes accomplis.

Ce principe, une fois posé, que l'aliéné criminel se distingue par certaines particularités, l'utilité d'un asile destiné à son hospitalisation ne peut pas être sérieusement discutée. Tout le monde admet aujourd'hui que le progrès dans l'Assistance des aliénés consiste à classer par catégories les malades qui présentent des caractères communs et à les placer dans des conditions telles que les manifestations de leur activité morbide se trouvent neutralisées, sans que leur liberté soit restreinte au-delà du degré où elle pourrait entraîner de fâcheuses conséquences. Rien n'est défectueux autant que la situation actuelle qui comporte la réunion dans un même établissement, dans un même quartier, d'éléments très disparates pour lesquels les conditions d'existence ne devraient pas être identiques. Elle me remet toujours en mémoire l'époque où, dans les hôpitaux ordinaires, plusieurs malades atteints d'affections diverses étaient soignés côte à côte dans le même lit. Soumettre à un régime uniforme tous les aliénés, sous prétexte qu'en leur qualité d'aliénés ils ont droit au même mode d'assistance, c'est sacrifier aux sonorités du verbe les plus légitimes exigences de la réalité. C'est aller à l'encontre, il faut le dire, parce que c'est l'expression de la vérité, des données les plus précises de l'expérience, c'est

apporter un obstacle insurmontable aussi bien au traitement qu'au bien-être des malades et c'est enfin, en ce qui concerne les aliénés criminels, compromettre, sans bénéfice pour qui que ce soit, la sécurité de ceux au milieu de qui ils vivent et du personnel chargé de leur donner des soins. Ne nous laissons pas conduire par une sentimentalité aveugle ; que la claire notion des véritables intérêts des aliénés soit notre seul guide et, en adoptant cette ligne de conduite, nous suivrons le judicieux conseil que nous donne M. Kéraval, à la fin de son rapport, de rester des médecins.

M. Arnaud cède la présidence à M. Noguès (de Toulouse) pour la suite de la discussion.

M. GIMBAL, *Médecin-Adjoint de l'Asile des aliénés de Prémontré (Aisne).*

Les avis les plus divers, les plus opposés même, ont été émis, quant au choix des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels. Tandis que d'aucuns ont pensé que les aliénés criminels étaient fort bien dans les Asiles ordinaires, d'autres, au contraire, ont estimé que les aliénés criminels devaient être placés dans des Asiles spéciaux. Je voudrais, Messieurs, démontrer la nécessité qu'il y aurait à réunir, non pas tous les aliénés criminels, mais certains aliénés criminels dans des Asiles spéciaux. Je m'appuyerai, pour cela, sur des faits observés.

Mais, d'abord, je distinguerai entre les aliénés criminels et les criminels aliénés, non pas parce qu'ils diffèrent essentiellement. Les criminels aliénés sont souvent des aliénés méconnus, et le rôle de la prédisposition est autrement considérable que celui de l'incarcération, dans l'éclosion des troubles mentaux. Cependant les criminels aliénés ont leur Asile spécial, Gaillon, les aliénés criminels attendent encore le leur. Les premiers ont été jugés responsables de leur crime, les seconds sont des malades irresponsables.

Les aliénés criminels se recrutent un peu dans toutes les formes de l'aliénation mentale. Il n'y a pas un aliéné criminel ; il y a des aliénés criminels. Je n'en veux pour preuve que la statistique suivante, qui est celle de l'Asile de Prémontré. Sur

1.150 malades, l'on note 40 aliénés criminels, c'est-à-dire 3,47 % d'aliénés criminels.

Ces 40 aliénés criminels se répartissent en onze groupes : Le premier est formé par 9 débiles simples ; le deuxième, par 5 débiles alcooliques chroniques, ayant commis leur acte criminel sous l'influence d'un épisode alcoolique aigu ; le troisième, par 1 débile épileptique, chez lequel l'épilepsie ne peut être incriminée ; le quatrième, par 3 débiles persécutés ; le cinquième, par 3 obsédés ; le sixième, par 4 aliénés criminels, vicieux, pervers ; le septième, par 4 alcooliques chroniques, dont l'acte criminel a été accompli au cours d'une intoxication aigue ; le huitième, par 8 persécutés ; le neuvième, par 1 hystérique ; le dixième, par 1 dément sénile ; le onzième enfin par 1 paralytique général.

Ces 40 aliénés criminels se divisent en deux catégories : la première est composée par 27 malades, calmes, supportables dans un Asile ordinaire, bons travailleurs pour la plupart. La deuxième catégorie comprend 13 aliénés criminels dangereux. Ces derniers, en effet, sont violents, querelleurs. Ils frappent leurs voisins, le personnel. Ils essaient de s'évader, et il en est qui, à la suite d'évasions, ont commis de nouveaux crimes. Nous ne nous occuperons que de ces 13 aliénés criminels dangereux, parce qu'ils nécessitent la création d'Asiles spéciaux.

On les remarque surtout dans le groupe des aliénés criminels, vicieux, pervers. Tous les 4 aliénés criminels qui constituent ce groupe sont dangereux par la qualité des crimes commis, par leur insoumission au milieu de l'Asile, leur tendance à l'évasion. Aussi doit-on prendre comme type d'aliéné criminel dangereux l'aliéné criminel vicieux, doué de perversions instinctives, aliéné criminel d'habitude, constitutionnel, porteur le plus souvent de stigmates physiques de dégénérescence, être antisocial, dangereux par essence, d'autant plus que la société est mal armée à son égard.

Après les aliénés criminels pervers, vicieux, les aliénés criminels le plus souvent dangereux sont les persécutés, puis les obsédés, les débiles alcooliques, les débiles délirants, les simples débiles. Les 3 derniers groupes (hystérie, démence sénile, paralysie générale) ainsi que le troisième (débilité men-

tale associée à l'épilepsie) ne renferment pas d'aliénés criminels dangereux.

D'une façon générale, il existe donc un rapport étroit entre la forme d'aliénation mentale dont est atteint tel aliéné criminel et le danger qu'il présente. Mais ce rapport n'est pas absolu. Il est impossible d'estimer, dans tous les cas, le danger d'un aliéné criminel en ne considérant que sa classification mentale. Il faut étudier, en outre, l'acte criminel commis, apprécier la tendance à l'exécution d'actes semblables. C'est là le seul vrai critérium de la virtualité criminelle.

Tous ces aliénés criminels dangereux, à quelque classe qu'ils appartiennent, sont voués par cette tendance aux actes criminels. Il existe chez eux comme une prédisposition criminelle, indépendante de tout état d'aliénation. Avant d'être aliénés, ils étaient déjà violents, querelleurs, batailleurs, ayant toujours la menace et le coup prêts. L'acte criminel était chez eux une réaction habituelle, constitutionnelle patente ou latente. C'est à l'occasion de leur trouble mental que cette prédisposition criminelle s'est révélée ou s'est réveillée, pouvant se manifester dans tout état d'aliénation, se manifestant surtout dans ceux où le jugement, la volonté, le sens moral sont particulièrement atteints.

Ces aliénés criminels dangereux ne doivent pas rester dans les quartiers ordinaires d'un Asile, parce qu'ils sont un danger permanent pour leurs voisins, pour le personnel, et pour la société. Il importe donc de les placer ailleurs.

On a voulu les mettre dans des cellules ordinaires. Ils n'y sont pas à leur place ; ces cellules à tout faire renferment des malades très différents et cette promiscuité est fâcheuse à tous les points de vue.

On a voulu les renfermer dans des quartiers spéciaux de cellules annexés aux Asiles. C'est créer un Asile dans l'Asile, pour une dizaine de malades environ, avec un service spécial.

On a proposé pour eux des quartiers annexés aux prisons. Les aliénés criminels sont avant tout des malades, qui ne doivent pas être assimilés à des prisonniers.

On a demandé enfin le désencombrement. A un point de vue général le désencombrement serait une excellente réforme. Mais, dans l'espèce, il ne pourrait que diminuer dans un Asile le nombre des aliénés criminels dangereux. Il ne les supprimerait pas.

Reste donc l'Asile spécial. Ses adversaires l'ont doté d'inconvénients qu'ils ont peut-être exagéré.

On a dit que les aliénés criminels étant des malades comme les autres, ils devaient être traités dans les Asiles de leur département. Malheureusement, les aliénés criminels ne sont pas des malades comme les autres. Parmi eux, il en est qui sont dangereux et qui, par conséquent, nécessitent des mesures spéciales.

On a dit que les placer dans des Asiles nationaux serait les éloigner de leur famille. Si l'on doit s'intéresser au sort des familles des aliénés criminels dangereux, on doit aussi s'intéresser à celui des familles des autres malades, qui souffrent de cette promiscuité.

On a dit que le nombre des aliénés criminels était trop restreint. D'après les statistiques, incomplètes il est vrai, il est permis d'affirmer que les aliénés criminels dangereux sont assez nombreux pour peupler deux Asiles de 3 à 400 malades chacun. De plus, ces Asiles devraient contenir tous les aliénés dangereux, même non criminels.

On a dit enfin qu'il existerait une tendance fâcheuse à se débarrasser des malades, sitôt qu'ils seraient ennuyeux. En tout cas, il serait facile au médecin de l'Asile spécial de renvoyer de tels malades à l'Asile d'où ils viendraient.

L'Asile spécial présente de sérieux avantages. Avec lui, plus d'évasions et la société est efficacement protégée. Plus de scênes de désordre, de violence dans les Asiles ordinaires. Tous les aliénés criminels dangereux étant réunis, on peut les traiter de même façon rationnelle. Enfin, et surtout, on peut instituer le travail, qui à Gaillon, chez les criminels aliénés, a donné de si bons résultats.

L'Asile de sûreté s'impose parce qu'il offre beaucoup d'avantages, peu d'inconvénients ; on y placera : tous les aliénés criminels qui, à l'Asile ordinaire, seront découverts dangereux ; tous les aliénés dangereux, même non criminels, mais susceptibles de le devenir.

L'entrée et la sortie de tous les aliénés criminels se feront sous la surveillance de l'autorité judiciaire, après consultation du médecin. La sortie sera conditionnelle.

Tandis que l'aliéné criminel non dangereux dans l'Asile ordi-

naire restera dans cet Asile, l'aliéné criminel dangereux passera par deux étapes : dans la première, il entre à l'Asile ordinaire ; dans la deuxième, après avis du médecin de cet Asile qui informe l'autorité judiciaire, cette dernière transfère cet aliéné à l'Asile spécial.

Des faits précédemment énumérés, nous nous croyons autorisés à conclure :

1° Les aliénés criminels forment deux catégories : la première comprenant les aliénés criminels calmes, supportables dans l'Asile ordinaire ; la seconde, moins nombreuse, contient les aliénés criminels dangereux ;

2° Cette seconde catégorie nécessite la création d'Asiles spéciaux de sûreté ;

3° Cet Asile renfermera tous les aliénés dangereux, criminels et autres ;

4° L'entrée ou la sortie de tous les aliénés criminels se fera sous la surveillance de l'autorité judiciaire, après avis du médecin.

M. VALLON, *Médecin de l'Asile Clinique de Paris,* n'est pas partisan d'un asile spécial pour tous les aliénés criminels, mais seulement pour ceux qui troublent constamment la tranquillité des Asiles et nécessitent des mesures de répression en opposition avec la conception moderne de l'asile-hôpital. Un quartier spécial d'hospice suffirait peut-être ; mais à la tête il faudrait placer, non un administrateur, mais un médecin.

M. FERRÉ, *de Pau,* signale un danger dans les mesures que l'on propose à l'égard des aliénés traités à domicile. La déclaration d'aliénation mentale peut, à son avis, présenter de graves inconvénients en cas d'erreur de diagnostic.

M. GIRAUD, *Médecin-directeur de l'Asile des aliénés de St-Yon,* expose qu'il n'y a pas lieu de prendre une mesure générale à l'égard de tous les aliénés délinquants.

Les paralytiques, par exemple, sont bien à leur place à l'Asile, et le nombre des aliénés qu'on ne peut soigner facilement dans l'Asile ordinaire, même quand ils ont commis un crime, est très limité.

Quant aux avantages de l'intervention de la magistrature, ils ne sont pas démontrés.

M. DROUINEAU, *Inspecteur général des Services administratifs au Ministère de l'Intérieur* dit que l'obstacle rencontré pour la construction d'un Asile spécial aux aliénés criminels a été une question financière.

Un vœu du Congrès pourrait être utile à la solution de cette question.

M. P. BROUSSE, *Conseiller général de la Seine, délégué de M. le Préfet de la Seine.*

Hospitalisation dans la Seine des aliénés dits vicieux. — La communication que je demande la permission de faire au Congrès a pour objet la fondation par le Conseil Général de la Seine, en annexe de son Asile de Villejuif, d'un quartier spécial destiné à l'hospitalisation des aliénés *dits* « vicieux ».

Tout le monde voit que cette question touche de bien près celle de la création d'Asiles pour aliénés criminels ou pour criminels aliénés. Ce nouveau quartier, d'ailleurs, serait affecté secondairement à l'hospitalisation de ces aliénés qui sont placés d'office dans nos Asiles par l'ordre du Préfet de police. On sait que ces malades sont pour la plupart des personnes qui ont bénéficié d'un non-lieu, en raison de leur état mental, ou des condamnés qui, ayant terminé leur peine, ne sont pas jugés en état d'être remis en liberté.

Malgré cette connexion de la question des aliénés vicieux avec celle des aliénés criminels que discute le Congrès, nous n'avons pas pensé utile d'introduire cet élément nouveau dans la discussion et d'en compliquer nos débats. Mais il nous a paru intéressant d'en faire l'objet d'une brève communication.

Chargé, en 1899, du rapport général du service des aliénés de la Seine, ayant visité de nombreux Asiles en Écosse, j'estimais que de profondes réformes devaient être opérées dans les nôtres. Sur ma proposition, le Conseil Général et le Préfet instituèrent une grande Commission mixte pour étudier et préparer le programme de ces réformes.

Cette Commission mixte fut composée des médecins en chef des Asiles de la Seine, des directeurs, de délégués de la Commission de surveillance, de Conseillers généraux, des représentants des deux préfectures. C'est par elle que, parmi tant d'autres, la question des aliénés « vicieux » fut posée.

Examinée par une Sous-Commission qui se composait de MM. les docteurs Garnier, Legrain, Pactet, Febvre, Toulouse, Antheaume, Colin, Vigouroux, Sérieux, Bouchereau, Briand, Dubuisson, Marie, cette question fut l'objet d'un rapport très complet présenté par M. le docteur Colin, alors médecin de l'infirmerie spéciale de Gaillon, et que la Sous-Commission adopta à l'unanimité dans sa séance du 29 avril 1899.

Voici quelles étaient ces conclusions :

CONCLUSIONS

Art. 1er. — Il y a lieu de créer dans le département de la Seine un service spécial pour les aliénés vicieux, désignés par les médecins des Asiles ordinaires.

Art. 2. — Ce service, divisé en une section d'hommes et une section de femmes, comprendra des quartiers différenciés selon l'état mental des sujets. Ces quartiers comporteront chacun vingt lits, ainsi que des locaux propres au travail industriel.

Le rapporteur avait, en effet, montré les inconvénients de la colonisation agricole, toujours préconisée en pareil cas ; il convient d'ajouter que ces travaux industriels se feront non plus dans des ateliers généraux, mais bien dans le service lui-même.

C'est en cet état, avec un projet et un devis, que la question fut présentée à la Commission compétente du Conseil Général de la Seine en août 1901. Pendant deux années, cette Commission envoya des délégués en Allemagne et en Italie et par le rapport tout à fait remarquable de M. le Dr Sérieux, médecin en chef de la Maison de Santé de Ville-Evrard, la création d'une section d'aliénés vicieux dans le département de la Seine fut approuvée par la délégation.

Après le vote de principe de l'Assemblée départementale, l'Administration de la Seine adressa une circulaire aux médecins en chef des Asiles du département de la Seine leur demandant, avec une étude sur le sujet, le nombre approximatif de

leurs malades qui seraient, selon eux, justiciables du nouveau service.

Les médecins consultés se montrèrent tous favorables au projet et indiquèrent le nombre de 100 malades pour les hommes et de 60 malades pour les femmes.

Le projet d'un Asile d'aliénés vicieux, pouvant servir jusqu'au vote d'une loi nouvelle à l'hospitalisation des aliénés criminels et des criminels aliénés, entra dans sa période de réalisation. Un emplacement fut choisi, contigu à l'Asile de Villejuif, et un crédit de 400.000 francs fut voté par le Conseil Général.

La « Commission de surveillance des Asiles publics d'aliénés de la Seine » fut consultée sur le devis du projet et, en suite d'un rapport remarquable de l'un de ses membres, M. Liébaut, le débat s'engagea au fond dans les séances de la Commission des 13 mai 1902 et 27 mai 1902. Et la Commission de surveillance, appelée à se prononcer sur les deux questions suivantes, se prononça, en émettant sur chacune d'elles un avis favorable par 7 voix *pour* et 1 voix *contre* sur les 8 membres présents.

Première question. — La Commission estime-t-elle que les renseignements qu'elle avait cru devoir demander, en tant que rentrant au premier chef dans ses attributions, ont écarté suffisamment les préoccupations qui s'étaient fait jour dans sa première séance ?

Deuxième question. — En cas d'affirmative, la Commission estime-t-elle que, — conformément aux conclusions de son rapporteur, — il y a lieu d'émettre un avis favorable aux plans présentés pour la construction de la section spéciale ?

Quand j'aurai ajouté que le médecin chef de ce nouveau service est précisément notre éminent confrère M. le Dr Colin qui a obtenu, pour son travail sur la question des aliénés vicieux, sur le rapport de M. le Dr Magnan, le prix Baillarger (Séance du 30 octobre 1900) je crois pouvoir affirmer, devant le Congrès, que la création du quartier spécia de Villejuif a été mûrement préparée, tant au principe même de l'institution que par le choix du personnel médical chargé d'en surveiller l'organisation et d'en assurer ensuite la direction.

Il est intéressant, à cet égard, de noter les appréciations formulées sur le nouveau service par les médecins étrangers. Je

citerai entre autres le docteur Naïcke qui, dans un article du *Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift* (Jahrg. 1904, n° 8, Halle) s'exprime ainsi :

« Je terminais un de mes précédents articles en disant que la » question des aliénés criminels étant réglée, il y aurait lieu » d'étudier un autre problème, à savoir : l'établissement spécial » pour faibles d'esprit.... Or, voici que la question reçoit plus » tôt que je ne pensais ma manière de solution, et cela, en » France...

» ... La France paraît devoir être la première, à l'instigation » de Colin (et c'est son grand mérite), à avoir de tels établisse- » ments de transition, c'est-à-dire des établissements spéciaux » pour les faibles d'esprit de toute sorte, qui oscillent entre la » prison et l'Asile... Attendons et voyons ce que donnera cet » essai. Je ne doute pas de sa réussite... »

Mais une question qui se pose naturellement dans tous les esprits est certainement la suivante : Quels malades faut-il comprendre sous le vocable d'*aliénés vicieux ?*

M. le Dr Colin, dans son rapport présenté à la Commission mixte et accepté par elle, déclare que « il s'agit de fous moraux psychopathes ou aliénés vicieux, criminels-nés, dégénérés à tendances malfaisantes, sujets dont la présence dans les services ordinaires a de graves inconvénients pour ceux qui voient dans les Asiles autre chose qu'une garderie d'incurables, mais qui veulent que ces Asiles soient des hôpitaux ».

Pour M. le Dr Sérieux, médecin en chef de la Maison de santé de Ville-Evrard, rapporteur de la délégation du Conseil Général de la Seine « ces sujets ne sont pas des malades à proprement » parler. C'est là une extension abusive du mot *malades ;* ce » ne sont pas des êtres jusque-là normaux dont un accident » vient troubler le fonctionnement physiologique du cerveau, » accident sur lequel la thérapeutique peut avoir prise ; ce ne » sont pas des malades ; ce sont des « anormaux », des « infir- » mes du cerveau ».

En attendant donc la réforme de la loi de 1838 et quelque texte nouveau d'une loi nouvelle concernant les aliénés criminels et les criminels aliénés, le Conseil Général de la Seine, en usant de son droit strict de classement des malades qui lui sont confiés, va tenter de résoudre par l'expérience la si grosse ques-

tion des aliénés dangereux. Le Conseil Général n'a pas le droit de traiter de criminels des aliénés qui ont bénéficié d'un non-lieu, ou terminé leur peine, mais il a le droit de grouper en un quartier spécial tous ses malades qui lui semblent mériter une surveillance particulière et nécessiter un traitement particulier, en faisant bénéficier ainsi tous ses autres malades d'un traitement plus doux et d'une liberté toujours plus entière.

J'ai pensé, Messieurs, que cette tentative du service des aliénés du département de la Seine était intéressante et qu'elle méritait de faire devant ce Congrès l'objet d'une brève communication.

M. DUPRÉ, *Professeur-agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,* apporte l'observation suivante à l'appui des conclusions du rapporteur.

Examen médico-légal d'un aliéné criminel récidiviste. — Chargé par le Tribunal d'examiner à Bicêtre un malade, bien connu des aliénistes experts, inspecteurs ou chefs de service de la Seine, et de statuer sur la demande de mise en liberté formée par ce malade, j'ai rédigé un rapport dont je désire rappeler les conclusions au Congrès, à l'occasion de la discussion des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels.

H... est un débile, appartenant à la famille des fous moraux et des persécutés-persécuteurs, c'est-à-dire présentant des lacunes intellectuelles et surtout morales, considérables ; de l'égoïsme et de l'orgueil, et une déviation constitutionnelle des facultés logiques dont l'incessante activité commandée par l'agitation morbide du tempérament, aboutit à des jugements faux et à des actes anti-sociaux.

Il est de plus un homme violent, agressif, que la moindre excitation peut précipiter à l'impulsion homicide. H... est enfin un alcoolique récidiviste qui, sous l'influence d'excès, même légers, de boissons, devient extrêmement dangereux et capable de meurtre. L'homicide est, chez lui, non l'effet direct du délire alcoolique, mais bien le produit de sa constitution psychopathique, surexcitée par l'appoint épisodique du poison.

Si depuis plus d'un an, sous l'influence de l'internement et

de la diète d'alcool, H... est devenu calme et d'apparence pacifique, cette modification dans son attitude ne doit pas en imposer pour un changement dans la constitution psychique du sujet. Celui-ci qui, déjà, à deux reprises, s'est montré capable d'assassinat au milieu des apparences du plus grand calme, est et reste un être dangereux et anti-social. J'émets cette affirmation, non seulement au nom de la notion classique de l'incurabilité de ces états psychopathiques constitutionnels, dont il offre un exemple non seulement au nom de l'étude du passé du malade, mais encore à la suite de l'examen direct d'H... qui nous révèle chez lui la persistance de la fausseté du raisonnement, des perversions morales et des tendances à la violence.

Le malade est en état non de guérison, mais de rémission. Cette rémission prendrait fin à la sortie de l'Asile, car, au dehors, H.... retrouverait vite, dans les difficultés de la vie, dans la boisson, les causes d'excitation qui remettraient en jeu ses aptitudes aux violences agressives et homicides. H... doit être considéré comme un véritable *explosif* qui, mis à l'abri de tout choc, reste silencieux et inoffensif, mais que le premier heurt ferait dangereusement éclater.

Je considère la mise en liberté d'H... comme un danger pour lui et surtout pour la Société. J'estime qu'il est nécessaire de le maintenir enfermé dans un établissement spécial, sans mesure de rigueur inutile, mais sous une surveillance attentive.

A la suite de ce rapport, le malade, maintenu à Bicêtre, a fait, un an après, une tentative d'incendie à l'hospice. Pour ces sujets à criminalité pathologique, aliénés non délirants, mais dégénérés récidivistes de l'alcool et de l'homicide, êtres dangereux et anti-sociaux, s'impose la création des Asiles de sûreté, intermédiaires à l'Asile et à la Prison.

M. Paul GARNIER, *Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police de Paris.* (Note communiquée par M. le Professeur Dupré.) — Je ne surprendrai sans doute personne en venant déclarer que je n'entends pas de la même manière que M. Kéraval la question des aliénés criminels. Depuis vingt ans, en effet, je n'ai cessé d'exprimer à des Congrès, devant des Commissions diverses et dans des livres mon senti-

ment, très nettement en opposition avec les idées émises par le rapporteur.

Ce qui ne saurait m'empêcher de rendre hommage à ses consciencieux efforts pour envisager ce sujet complexe sur toutes ses faces.

Je dois pourtant confesser mon étonnement de n'avoir pas trouvé, dans son travail, si complet par ailleurs, mention des décisions de nos Congrès antérieurs sur ce même problème ; car il s'en faut que ce soit la première fois que la question figure à l'ordre du jour d'assemblées comme celle-ci.

Sous ce rapport, le Congrès, tenu à Paris en 1878, a certainement droit à une citation à part, car il semble manifeste que le projet de loi Th. Roussel, voté par le Sénat, s'en est grandement inspiré. Dans l'ample discussion qui s'y poursuivit, on eut la bonne fortune d'entendre un homme de la haute autorité de M. le Premier Président Barbier.

L'éminent président de la Commission de surveillance des Asiles de la Seine, avec sa connaissance approfondie des mérites et des lacunes de la loi de 1838, formula et fit voter des conclusions précises en faveur de la création d'Asiles spéciaux pour aliénés criminels. Quelques années plus tard, dans les pages si éloquentes composant la préface qu'il voulut bien écrire pour l'un de mes ouvrages, partiellement consacré à cette étude (*La Folie à Paris*), il tenait à renouveler l'expression de ce vœu.

Au Congrès international suivant, tenu en 1889 à Paris, la question fut remise sur le tapis, à l'occasion du remarquable rapport de M. Motet sur les dangers que les délirants alcooliques font courir à la Société. Cette fois encore le Congrès, de plus en plus éclairé sur le péril résultant du silence de la Loi de 1838, sur ce point particulier, se rangea à l'avis de l'éminent rapporteur, toujours fort écouté sur ce sujet qu'il connaît mieux que personne, après une pratique médico-légale très étendue.

Enfin, en 1896, à Nancy, notre Congrès annuel vota, *à l'unanimité moins une voix,* les conclusions de mon rapport relatives à la nécessité d'organiser des Asiles spéciaux que depuis vingt ans j'ai pris l'habitude de désigner sous le nom d'*Asile de sûretés.*

J'estime que de telles décisions mériteraient une place de choix dans le travail de M. Kéraval et cependant il ne leur en accorde aucune dans son historique de la question. C'est là une lacune

regrettable et il me semble d'autant plus opportun de la rappeler, que le rapporteur se prononce en sens contraire. Sa conviction se traduit, même, avec l'énergie d'une objurgation. « Ne faites pas d'Asile de sûreté... Restez médecins !... » s'écrie-t-il.

Ce que j'ai dit du passé établit que M. Kéraval nous invite ainsi, d'une façon assez pressante, à nous déjuger. Comme nous sommes persuadés que nous n'avons point cessé d'être médecins, pour avoir émis les votes cités plus haut, et comme nous sommes également convaincus que notre rôle médical ne serait qu'élargi et plus logiquement complet si les mesures que nous demandons étaient adoptées, nous resterons fidèles à nos opinions.

Nous avons d'autant plus de raison de le faire que M. Kéraval ne nous dit point par quels moyens nous nous sortirons des embarras actuels.

Je ne saurai songer à refaire ici une nouvelle énumération des arguments qui militent en faveur de la création d'Asiles spéciaux.

Je répèterai seulement que des nécessités de divers ordres nous obligent à envisager autrement qu'à un point de vue clinique exclusif la question des méfaits accomplis par des aliénés.

Le malade de l'esprit qui commet un crime ne diffère pas d'un autre aliéné, c'est entendu, et il n'est pas moins digne de pitié qu'un autre. Toutefois, cette réserve faite, il faut convenir que, pratiquement, socialement, une place à part lui est acquise de ce fait *surtout en prévision d'une récidive.*

La Société, désarmée, ne peut punir mais elle ne saurait se dispenser de se protéger d'une manière efficace.

Or, on peut affirmer qu'avec la loi de 1838, cette protection est tout à fait insuffisante. Quant à moi, comme médecin de l'Infirmerie spéciale, je puis, chaque jour, me rendre compte de cette insuffisance et comme expert, à tout instant je fais la même constatation.

Si la Société était efficacement protégée, on ne verrait pas défiler incessamment ces quelques centaines d'êtres pervers plus ou moins troublés mentalement suivant la dose d'un appoint alcoolique.

Les uns viennent pour la dixième fois, d'autres pour la vingtième, la quarantième fois ! Ces jours derniers j'avais à statuer sur les

mesures à prendre à l'égard d'un dégénéré alcoolique, qui était admis pour la *quatre-vingt sixième fois à l'Infirmerie*.

Cet individu a été séquestré environ cinquante fois. Que de méfaits, que de violences se placent entre ces innombrables internements !

S'il en est ainsi c'est donc que les médecins sont impuissants à retenir à l'Asile ces êtres malfaisants, dont la rechute à bref délai est inévitable.

Enfin, ne faut-il pas faire cesser ce formidable illogisme qui consiste en ceci : tel individu instable, tantôt plus près de la folie que de la raison, tantôt dans la situation inverse, mais toujours pervers et *dangereux,* ne saurait être à sa place dans un Asile ordinaire.

Renvoyé pour ce fait devant la justice, avec la mention de toutes sortes d'atténuations de responsabilité, les magistrats ne prononcent qu'une peine insignifiante contre cet individu, quand ils ne l'acquittent pas... Et la série des méfaits peut se poursuivre sans de bien sérieuses entraves !

L'excessive sévérité ne serait pas mieux en situation ; elle paraîtrait hors de propos à l'égard d'individus à peu près incapables d'apprécier les conséquences de leurs actions.

Il n'est pas de médecin expert un peu occupé à Paris qui n'ait eu à faire à tout instant la constatation de cette inconséquence de nos moyens de défense.

La clinique médico-légale permet de prendre sur le fait ces individualités douteuses louvoyant sur les frontières de la folie et du crime. Il s'agit là d'un type intermédiaire dans l'échelle des déviations et c'est dans l'*Asile de sûreté,* type intermédiaire entre la prison et l'Asile clinique que de tels individus seront seulement à leur place.

M. RÉGIS *(de Bordeaux)*. — M. Kéraval, dans son rapport si documenté et si judicieux, a eu tout spécialement en vue les aliénés dits criminels, acquittés comme irresponsables et les condamnés devenus aliénés en cours de peine. En dehors de ces deux catégories si importantes de sujets, il en est d'autres qui trouveraient leur place naturelle à l'Asile de Gaillon et qu'il conviendrait par suite de mentionner dans les conclusions de cette discussion. Tels les accusés, très nombreux dans la prati-

que, pour lesquels l'expert a conclu à une responsabilité notablement atténuée et qui sont en somme, à des degrés divers, plus des aliénés que des criminels.

M. CROCQ, *de Bruxelles.* — En Belgique, depuis 1873, les aliénés criminels sont placés, de préférence et sans que la loi l'indique formellement, dans les Asiles de Tournai et de Mons. La collocation se fait du reste, ainsi que la sortie, suivant les règles adoptées pour les aliénés ordinaires.

Tous ceux qui, en Belgique, s'occupent de la question, sont unanimes à réclamer la création d'Asiles spéciaux ; les arguments que l'on formule sont les mêmes que ceux que l'on fait valoir en France, et voici que tous ces arguments sont déclarés par nombre d'aliénistes !

On dit que les aliénés criminels ne sont pas plus dangereux ni plus indisciplinés (Christian, Archofenburg, Doutrebente, Kéraval) que les autres ; que tous les aliénés ont la virtuosité du crime (Christian) ; que les familles n'éprouvent aucune répulsion du contact, toujours très restreint, des criminels ; que les malades n'en ressentent aucune action défavorable.

Ces affirmations découlent, du reste, des statistiques si intéressantes dressées par M. Lentz, l'un des partisans les plus convaincus de l'Asile spécial. M. Lentz, qui dirige depuis 1875 l'Asile de Tournai, a soigné 485 aliénés criminels et en a remis 202 en liberté, soit 41,6 pour 100 ; il n'a observé que 50 rechutes ou récidives, soit 13 pour 100, parmi lesquels il y a eu seulement deux tentatives de crime, qui ont du reste avorté. La proportion des aliénés criminels, relativement au nombre des aliénés ordinaires, est de 5 à 8 pour 1.000 ; dans un Asile de 1.000 malades, il y aurait donc de 5 à 8 criminels ; quel désordre pourrait produire un nombre si restreint de sujets reconnus du reste très inoffensifs, à de rares exceptions près ? Combien ne sont pas plus difficiles à manier les nombreux fous moraux, vicieux, etc., qui sont la plaie des Asiles ?

Je concluerai, avec M. Kéraval, que le *statu quo* est la meilleure mesure, puisqu'en Belgique comme en France il y a des Asiles spéciaux d'essai, que l'on y place les aliénés dangereux pour la sécurité des asiles.

En ce qui concerne la collocation, je crois, avec la majorité

des auteurs, qu'elle devrait suivre, comme conclusion logique, la déclaration d'irresponsabilité ; pour la mise en liberté, il serait bon, sans doute, que la déclaration du médecin de l'Asile fut approuvée par le Président du Tribunal de première instance qui possède déjà, dans notre loi, le droit de mettre d'office un aliéné quelconque en liberté (Willemaers).

En cour d'assises, la question de responsabilité devrait être posée au jury ; à l'exemple de ce qui se passe en Autriche, en Angleterre, en Russie, en Italie, la question devrait être divisée comme suit :

1° L'accusé a-t-il commis le crime ?

2° Avait-il la responsabilité de ses actes au moment où il a commis ce crime ?

Le jury, certain que le criminel n'échapperait à la prison que pour être transféré à l'Asile, n'aurait plus aucune arrière-pensée et ne craindrait plus de replacer au milieu de la société un individu malfaisant.

M. A. MARIE, *de Villejuif.* — Les efforts des médecins aliénistes depuis un siècle ont arraché progressivement à la répression des catégories nombreuses d'individus désormais considérés comme malades, et partant irresponsables ; des persécutés, des persécuteurs, des dégénérés, des raisonnants, des processifs, des paralytiques, etc., diagnostiqués à temps, ont ainsi pris la route de l'Asile sans passer par le stigmate du jugement et de la condamnation consécutive.

Cependant, un certain nombre d'individus encore incarcérés pourraient peut-être bénéficier des mesures les faisant passer des prisons aux Asiles, si un examen psychique méthodique était pratiqué dans ces milieux.

Quoi qu'il en soit, nous avons vu, au cours du siècle, des catégories importantes d'individus passer de la prison à l'Asile : *a)* les uns, avant jugement, lorsqu'un examen médico-légal a permis de faire un diagnostic à temps ; les autres, après jugement et incarcération, la folie étant reconnue après coup ; *b)* une deuxième catégorie comprendrait les individus sains au moment de la condamnation, mais atteints de folie plus tard, alors que les précédents étaient des aliénés condamnés parce

que méconnus par les tribunaux ; *c)* une troisième catégorie de cas pourrait être ajoutée aux précédentes : c'est celle de ces individus qui, placés une première fois à l'Asile, en dehors de tout démêlé avec la justice, y prennent goût, en quelque sorte, à l'Assistance dont ils deviennent parasites inoffensifs parfois, ou le plus souvent corrompus au contact des délinquants classés irresponsables, de qui ils apprennent l'immunité particulière à laquelle ils peuvent prétendre désormais et dont ils peuvent ensuite abuser.

Au point de vue des établissements normaux d'Assistance, le mélange de ces diverses catégories nouvelles d'assistés avec le contingent en vue duquel ils sont fondés, menace de les dénaturer dans leur but d'instruments thérapeutiques et d'hôpitaux de traitement de plus en plus ouverts, c'est pourquoi il y a lieu d'établir un Asile spécial.

M. REY, *Médecin en chef de l'Asile des aliénés de Marseille (Bouches-du-Rhône).*

Il est entré à l'Asile d'Aix, de 1893 à 1903, 63 aliénés délinquants, ayant passé par la maison d'arrêt ou la prison ; et sur ce nombre, huit criminels aliénés, dont trois provenant de l'Asile spécial de Gaillon.

On compte actuellement à l'Asile de Marseille, 55 aliénés criminels, 9 criminels aliénés et plusieurs sujets provenant des pénitenciers militaires. Ces derniers avaient pour la plupart subi des condamnations, prononcées par des tribunaux civils, avant leur incorporation dans l'armée. L'Asile de Marseille est particulièrement bien placé pour recueillir cette catégorie d'aliénés, en raison de sa situation dans une grande ville, où la criminalité atteint un chiffre très élevé.

A l'Asile d'Aix, cette population spéciale est principalement fournie par le contingent corse et le contingent algérien indigène.

L'observation journalière de ces cas, dans les deux établissements précités, me permet d'avoir une opinion sur la question qui occupe le Congrès. Il me paraît tout d'abord que l'appellation « aliéné criminel » est sans valeur aucune et ne devrait pas être conservée. Elle indique bien que l'aliéné a été l'objet d'une décision judiciaire; mais l'intervention du magistrat est bien

souvent due au hasard, et on ne considère pas comme « aliéné criminel » le malade ayant commis les mêmes actes, les mêmes attentats, et qui a bénéficié d'un internement immédiat. Il existe à l'Asile d'Aix une vingtaine de ces privilégiés.

On sait mieux ce qu'on entend par « criminel aliéné ». Mais des erreurs sont possibles, des condamnations ont quelquefois frappé des aliénés, et il est arrivé aussi que les mêmes malades ont été tour à tour « aliénés criminels » et « criminels aliénés », selon les circonstances. Quoiqu'il en soit, dans la pratique, je ne fais entre eux aucune distinction. Les antécédents morbides, les actes ayant motivé l'internement et les manifestations actuelles, règlent ma conduite à leur égard ; en cela je n'agis pas autrement que pour le commun des malades. Je pense, du reste, qu'il en est de même ailleurs. Il y a dans tous les Asiles des aliénés à antécédents judiciaires, employés aux travaux du ménage, et même aux travaux extérieurs, bénéficiant ainsi d'une grande liberté. Les « criminels aliénés » sont généralement plus habiles à préparer des moyens d'évasion ; les « aliénés criminels » sont généralement plus dangereux à cause de la nature et de la persistance des idées délirantes qui les ont poussés au meurtre, à l'incendie, etc. Mais les évadeurs et les violents ne sont pas toujours des délinquants.

Ma conclusion est que, d'une manière générale, les uns et les autres peuvent et doivent être traités dans les Asiles ordinaires ; j'ajoute que je n'ai jamais entendu dire que leur présence, dans le service, ait donné lieu à une manifestation quelconque de la part des malades ou de leurs familles.

Je n'en suis pas moins partisan de la création d'Asiles spéciaux pour certains dégénérés à instincts vicieux et absolument irréductibles. Ces sujets sont heureusement trop peu nombreux dans chacun de nos Asiles pour justifier l'organisation de quartiers de sûreté. On est obligé de les tenir d'une manière permanente, soit en cellule, soit dans les sections d'agités. Ce sont là des conditions d'internement regrettables à ce point de vue surtout que ces sujets accaparent, en quelque sorte, l'attention du personnel de surveillance, au détriment des autres malades. Ces dégénérés sont bien connus de nous tous ; il ne peut y avoir à cet égard ni erreur, ni méprise. L'Asile d'Aix possède à cette heure un type du genre. Je ne donnerai pas ici son obser-

vation complète ; il me suffira d'en détacher quelques particularités :

G..., 22 ans, arrêté pour vol, entre à l'Asile en Juin 1898, venant de la maison d'arrêt, après expertise médico-légale et ordonnance de non-lieu. Le diagnostic est : débilité mentale, dépression mélancolique, idées de persécution alternant avec des accès d'agitation d'une extrême violence. A l'Asile, même conduite qu'à la prison. Il fait sauter les gonds de la porte de sa cellule ; il tord les barreaux de fer ; il brise un poêle en fonte, dont il lance les fragments sur ses gardiens. Il se joue de la surveillance la plus étroite et de tous les moyens de contention. En 1898, il s'est évadé trois fois, en employant les procédés les plus audacieux. Ces évasions ont été suivies de nouveaux délits. En Octobre 1898, il est transféré, sur ma demande, à la sûreté de Bicêtre. Il nous est renvoyé en Juin 1900, à la suite de la désaffectation de ce quartier accompagné du certificat suivant, délivré par le docteur Féré : G..., atteint de dégénérescence mentale, a eu depuis son entrée une attaque hystériforme très violente, mauvais instincts, impulsions, vols, vagabondage ; envoyé à Bicêtre parce qu'on ne pouvait pas le tenir à Aix. S'est montré d'emblée violent et menaçant, promettant la mort à ceux qui sont chargés de le surveiller et de le soigner. Il a frappé et blessé deux malades, le sous-surveillant et trois infirmiers. C'est un homme dangereux ; il a fait plusieurs tentatives d'évasion, il les renouvellera. En raison de ces menaces contre le personnel de Bicêtre, il y aura lieu de signaler son évasion, si elle se réalise, à M. le Préfet de Police.

A l'Asile d'Aix trois nouvelles évasions, dont une particulièrement dramatique. G... se rend une fois dans sa famille, où il se livre à des actes de violence sur sa tante. De 1898 à 1903, ce malade a donné lieu à plus de vingt rapports adressés à l'autorité administrative ou judiciaire. Il a été l'objet de trois expertises ordonnées par le Tribunal ou par l'Administration. Il a reçu plusieurs fois des visites du Parquet général, du Président, du Sous-Préfet, etc. Entre temps, G... écrit des lettres d'injures et de menaces de mort, en prose ou en vers, avec illustrations, à l'adresse de ces mêmes autorités, et aussi à l'adresse des experts. La visite du matin est toujours l'occasion de manifestations des plus violentes et des plus dangereuses pour tout le personnel.

G... est maintenu en cellule, il sort deux heures par jour dans le préau attenant, sous les yeux de trois gardiens.

Il y a encore à l'Asile d'Aix deux dégénérés délinquants récidivistes, moins dangereux que G..., mais dont la présence a été une cause permanente de désordres graves et de découragement pour le personnel de surveillance. C'est pour de tels sujets que je souhaite la création d'un Asile spécial ; mais j'estime que l'admission dans cet établissement de toute autre catégorie de malades serait de nature à ouvrir la porte à de regrettables abus.

J'ai dit que les criminels devenus aliénés pouvaient et devaient même, dans le plus grand nombre des cas, être traités dans un Asile ordinaire. Je ferai cependant une réserve au sujet des malades qui sont encore soumis à quelques mesures de police, ceux notamment dont la condamnation comporte un arrêté d'interdiction de séjour dans certains départements, et parfois dans leur département d'origine. Il est dit que le jour où ces malades seront rendus à la liberté, on doit leur signifier l'arrêté qui les concerne. C'est l'Administration, je pense, qui est chargée de ce soin. Il se peut que cette formalité ait été négligée au sujet d'un aliéné de la Corse, venu de Gaillon, et sorti sur la demande de sa famille. Quoiqu'il en soit, ce malheureux a été l'objet de nouvelles poursuites pour contravention à l'arrêté d'interdiction de séjour. Il y a là un obstacle à la sortie des malades que nous jugeons en état de reprendre leur place dans la Société ou elle a lieu dans les conditions les moins propres à prévenir une rechute.

C'est pourquoi je proposerai le vœu suivant :

« L'arrêté d'interdiction de séjour qui pèse sur un criminel devenu aliéné sera rapporté à l'expiration de sa peine et avant son transfert dans un Asile ordinaire. »

RÉPONSE DU RAPPORTEUR

M. KÉRAVAL, *de Ville-Évrard*. — M. le Président vient de nous annoncer que le temps nous était mesuré. Je ne puis donc répondre longuement aux orateurs qui ont pris la parole à propos de mon rapport ou sur mon rapport. Du reste, ils n'ont fait que reproduire les arguments pour ou contre examinés par moi avec le plus de soin possible.

Je crois avoir démontré que les opinions relatives aux mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels sont assez partagées ; elles varient suivant les personnes et les régions.

Aussi ai-je proposé ce que je propose ici une fois encore, l'installation de Gaillon à titre d'expérience sous le couvert pur et simple de la loi de 1838. C'est, à mon avis, un terrain judicieux de conciliation qui, au besoin, pourrait servir d'amorce aux Asiles d'aliénés criminels, si l'utilité en était péremptoirement, dans la suite, démontrée.

En ce qui concerne la surveillance en ville des aliénés traités momentanément chez eux, combattue par M. Ferré, c'est évidemment une mesure qu'il conviendrait au préalable d'étudier mûrement. Toutefois, nous ne pouvons oublier que l'état actuel a donné lieu à bien des histoires tragiques ; vous n'avez certainement pas oublié les récents débats judiciaires relatifs à des aliénés séquestrés et maltraités par leurs propres familles à domicile. Il y a donc, à cet égard, tant dans l'intérêt de la sécurité publique que de l'humanité, un pas à faire.

S'en référant à la pensée exprimée par M. l'Inspecteur général Drouineau que des conclusions sous forme de vœux pourraient sortir utilement des délibérations du Congrès, M. Kéraval rédige une série de propositions dont il donne lecture.

M. le Président en renvoie l'examen à la séance de l'après-midi.

La séance est levée à midi.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

(5 AOUT — 2 HEURES)

Palais d'Hiver. — Salle des Fêtes.

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR BRISSAUD.

Nomination du Président et du Secrétaire général pour le Congrès de Rennes, en 1906.

M. le Dr GIRAUD, Médecin-Directeur de l'Asile des aliénés de Saint-Yon, est nommé Président.

M. le Dr SIZARET, Médecin en chef de l'Asile des aliénés de Rennes, est nommé Secrétaire général.

Le Congrès fait choix des questions et des rapporteurs désignés ci-dessous pour le Congrès de 1906.

1re QUESTION. — **Psychiatrie : De l'Hypochondrie.**

Rapporteur : M. le Dr ROY, de Paris.

2e QUESTION. — **Neurologie : Des Névrites ascendantes.**

Rapporteur : M. le Dr SICARD, de Paris.

3e QUESTION. — **Thérapeutique : Balnéation dans le traitement des maladies mentales.**

Rapporteur : M. le Dr PAILHAS, d'Albi.

M. le Dr GIRAUD remercie le Congrès de l'avoir élu Président.

Présidence de M. le Dr ARNAUD (de Vanves), Vice-Président.

Suite et fin de la Discussion sur les Mesures à prendre à l'égard des Aliénés Criminels.

Le Président met aux voix les questions formulées par M. le Dr Kéraval.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Vallon, Drouineau, Doutrebente, Colin, Brissaud, Giraud, Pactet, etc., les vœux suivants sont adoptés par le Congrès :

1re Question. — Le Congrès est d'avis que la création d'Asiles spéciaux pour le traitement des aliénés particulièrement dangereux, s'impose d'urgence. (Adopté à la majorité.)

2e Question. — Le Congrès émet le vœu que l'établissement de Gaillon soit immédiatement utilisé, sous le simple couvert de la loi de 1838, pour les aliénés dangereux dans les Asiles, ainsi que pour les aliénés criminels. (Adopté à la majorité.)

3e Question. — Le Congrès émet le vœu que l'autorité judiciaire intervienne pour l'internement, le maintien et la sortie des aliénés criminels. (Adopté à la majorité.)

4e Question. — Le Congrès est d'avis qu'il soit procédé à la réforme de l'outillage hospitalier des aliénés, comprenant : *a)* le désencombrement des Asiles ; *b)* le système des bâtiments dispersés ; *c)* la réduction du nombre des malades dans les Asiles ; *d)* l'élévation de la proportion du personnel des infirmiers et des médecins. (Adopté à la majorité.)

L'ensemble de ces conclusions est mis aux voix et adopté à la majorité.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. BRISSAUD, *Médecin de l'Hôtel-Dieu, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,* et Dr BRÉCY, *de Paris.*

Poliencéphalite supérieure aiguë hémorrhagique. — Depuis l'article de Gayet dans les Archives de Physiologie en 1875, depuis surtout le travail de Wernicke, en 1880, plusieurs observations d'inflammation aiguë du mésocéphale avec processus hémorrhagique et prédominance des lésions autour de l'aqueduc de Sylvius et des noyaux d'origine de la IIIe paire, ont été publiées par différents auteurs : c'est un cas de ce genre, en somme assez rare, et d'un diagnostic plutôt difficile, qu'il nous a été donné d'observer et qu'il nous a paru intéressant de rapporter :

Mme F..., veuve, âgée de 36 ans, est apportée à l'Hôtel-Dieu, plongée depuis deux jours dans une torpeur très prononcée.

Elle paraît dormir, immobile dans le décubitus dorsal, les yeux fermés par un double ptosis. Quand on fait du bruit, elle s'irrite et interpelle des personnages imaginaires. Il faut insister pour obtenir d'elle une réponse, mais quand on l'interroge à voix forte, elle parle de plus en plus nettement ; elle n'hésite pas dans ses réponses, seulement elle se contredit continuellement. Elle ignore totalement où elle se trouve. Elle se plaint de la tête, d'engourdissement et de douleurs dans le dos et les jambes ; elle s'interrompt pour s'impatienter contre ses paupières qui sont paresseuses et qu'elle essaye de soulever avec ses mains.

Double ptosis, qui aurait débuté par le côté droit ; contractions du frontal énergiques, mais sans effet. Mouvement de défense des paupières quand on veut les ouvrir. Pupilles contractées, mais égales ; myosis persistant au-dessous des paupières ; réaction à la lumière très faible.

Pas de déviation nette de la face ; pourtant la langue est déviée à droite et la malade se mord la langue et les lèvres de ce côté. Elle remue bien les membres supérieurs et serre également des deux côtés ; elle soulève difficilement les jambes qui sont lourdes et douloureuses, les mouvements passifs la font crier. Abolition complète des réflexes patellaires ; pas de signe de Babinski ; réflexes du fascia lata conservés. Sensibilité conservée avec une bonne localisation, mais avec un retard très net. Elle se tient difficilement debout ; il faut la soutenir pour la

faire marcher ; elle ne paraît pas talonner. Pourtant une nuit elle se leva seule et on dut la recoucher.

Le ventre n'est ni ballonné, ni rétracté, un peu douloureux à la pression, mais sans point ovarien. La déglutition est facile. Au début, elle demandait le bassin, sans l'attendre d'ailleurs ; elle devint bientôt entièrement gâteuse.

Pas de fièvre.

Sept jours après son entrée : lipothymie, pouls fort et régulier 128, température 38° 8. Le lendemain : température 39° 6 ; mort subite dans la journée.

Veuve d'alcoolique, elle buvait elle-même jusqu'à quatre litres de vin blanc par jour et plusieurs absinthes et, quatre ans avant, elle aurait fait un séjour à Ste-Anne et à Villejuif. Il y a trois ans, elle aurait été soignée chez Panas, pour une paralysie du nerf optique droit (probablement un ptosis droit), et paraît avoir subi un traitement antisyphilitique. D'ailleurs elle ne présentait aucun signe apparent de spécificité et après une fausse couche remontant à sept ans, elle aurait eu deux enfants bien portants. Elle se croyait persécutée et pensait qu'on la suivait et qu'on l'épiait chez elle. La dernière fois que son père l'avait vue, trois semaines avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle paraissait en bonne santé ; pourtant elle sentait ses jambes se dérober et parfois tombait. Huit jours avant elle serait tombée dans la rue, mais sans perte de connaissance.

Autopsie. — Pas de méningite ; pas de lésion des centres visible extérieurement.

La partie supérieure de la protubérance, la portion inférieure du locus niger, les parois de l'aqueduc de Sylvius et les tubercules quadrijumeaux sont criblés de petits foyers hémorrhagiques, qui paraissent disséminés au hasard. Sur une même préparation, on peut voir tous les degrés : vaisseaux dilatés avec gaines périvasculaires distendues et bourrées de globules sanguins ; vaisseaux et gaines rompues, déversant leur contenu dans les tissus voisins ; amas d'hématies remplissant des cavités creusées en plein tissu nerveux, de volume très variable, mais presque tous microscopiques. Les parois des vaisseaux sont parfois épaissies et infiltrées ; ces lésions sont inconstantes, et paraissent souvent n'occuper qu'une portion de la circonférence du vaisseau.

Les foyers hémorrhagiques sont de plus en plus rares dans les portions inférieures de la protubérance, et dans le bulbe on ne trouve plus que des vaisseaux dilatés.

Les noyaux d'origine des nerfs craniens paraissent intacts, sauf ceux de la III[e] paire, dont les cellules situées dans des tissus ramollis et disloqués, sont d'ailleurs difficiles à étudier au milieu des amas d'hématies.

Les coupes de la moelle d'une part, les parois des ventricules latéraux; des circonvolutions frontales du cervelet, d'autre part, ne présentent rien de spécial.

Ce cas est à ranger cliniquement et anatomiquement parmi les poliencéphalites supérieures aiguës hémorrhagiques.

L'alcoolisme, l'absence de fièvre, du moins au début, la torpeur intellectuelle, la terminaison fatale au bout de quelques jours, sont fréquemment signalés dans les observations. Gayet avait été tellement frappé de la somnolence de son malade, qu'il établissait dans son article un rapprochement entre cette affection et la maladie du sommeil. Les troubles ophthalmoplégiques sont constants ; Wernicke pensait même à une maladie idiopathique des noyaux des nerfs moteurs de l'œil. Notre malade présentait un double ptosis et des troubles pupillaires, mais sans déviation des globes oculaires, contrairement à la généralité.

Les lésions, bien qu'ayant toujours leur maximum dans le voisinage de l'aqueduc de Sylvius, présentent une certaine diffusion et, dans nombre de cas, on a signalé la présence de foyers cérébraux ou médullaires. En somme, il s'agit plutôt d'une encéphalite aiguë à foyers multiples, à laquelle la participation de la IIIe paire, cellules des noyaux ou fibre d'origine, donne une allure clinique un peu spéciale, que d'une affection réellement systématisée comme le nom de poliencéphalite pourrait le faire supposer.

MM. C. PARHON ET J. PAPINIAN, *de Bucharest (Roumanie).*

Étude anatomo-pathologique d'un cas de paralysie infantile au point de vue de la topographie des muscles atrophiés et des localisations médullaires. — Nous avons l'honneur de rapporter brièvement le résultat de l'examen anatomo-pathologique d'un cas de paralysie infantile au point de vue des rapports existant entre la lésion spinale et la topographie des muscles malades. Il s'agit d'une femme de 82 ans, atteinte avant sa deuxième année d'une paralysie infantile qui s'est limitée au membre inférieur gauche. Le malade succombe à la suite d'une pneumonie.

Voici quel était l'état de ses muscles : Ceux du pied et de la jambe étaient transformés en des masses adipeuses jaunâtres, qui ne rappelaient plus que par leur forme les muscles qu'elles représentaient. Il en était de même pour la plus grande partie du quadriceps crural (le vaste interne était moins atteint), pour

le grand adducteur ainsi que pour le biceps crural. Nous publierons ailleurs l'examen détaillé du cas ainsi que l'étude microscopique de ces muscles. Ceux qui restaient parmi les muscles de la cuisse avaient conservé leur aspect normal. Comment peut-on étiqueter la topographie présentée par l'atrophie musculaire dans ce cas? M. Déjerine soutient qu'elle est toujours radiculaire dans la paralysie infantile. MM. Cestan et Auef ont apporté deux cas tendant à confirmer cette manière de voir. Si on cherche, dans notre cas, par quelles racines sont innervés les muscles atteints on trouve les quatre dernières lombaires et les trois premières sacrées. Mais tous les muscles innervés par ces racines ne sont pas intéressés. Ainsi tandis que pour la deuxième et la troisième racines lombaires les muscles normaux l'emportent sur ceux atrophiés, il arrive le contraire pour les autres racines. On pourrait dans ce cas parler d'une topographie radiculaire, mais *partielle, incomplète* et avec autant de raison d'une topographie nerveuse partielle et mieux encore d'une topographie segmentaire, car *tous* les muscles de deux segments, la jambe et le pied étaient atrophiés. On pourrait admettre une topographie segmentaire, partielle, incomplète, pour la cuisse. Nous n'avons nullement d'ailleurs l'intention de soutenir que dans la poliomyélite antérieure aiguë, la topographie des paralysies et des atrophies est nerveuse ou segmentaire. Mais nous estimons que la théorie de la topographie radiculaire, quoique pas trop éloignée de la vérité, n'est pas, elle non plus, tout à fait satisfaisante pour les raisons suivantes : 1° La paralysie n'intéresse pas toujours *tous* les muscles innervés par une racine du territoire malade ; 2° Elle n'est pas toujours limitée à un territoire radiculaire défini. Il est vrai que ces deux éventualités se rencontrent assez souvent dans les paralysies à tort ou à raison appelées radiculaires ; 3° Il résulte des recherches récentes de M. Marinesco, que les notions de segment et de racine ne sont pas exactement superposables et qu'une seule et même racine tire ses fibres de plusieurs segments (trois). Pour toutes ces raisons nous estimons qu'on exprime mieux la vérité et sans rien préjuger en disant que *la topographie des atrophies dans la paralysie infantile est une topographie spinale*. MM. Duval et Guillain ont soutenu la théorie radiculo-médullaire des paralysies traumatiques des racines du plexus brachial. Quand l'arrachement

intéresse les racines dans la moelle elle-même, il ne nous semblerait pas irraisonné de parler dans ces cas aussi d'une topographie médullaire.

Passons au deuxième point de notre communication. Nous avons trouvé dans la moelle lombo-sacrée (4me lombaire — 3me sacrée), l'absence du groupement postéro-latéral et de celui post-postéro-latéral qui, d'après les recherches de Sano, Van Gehuchten, de Buck, Nelis, Bruce, Marinesco, Parhon et Goldstein innervent les muscles de la jambe et du pied. Notre cas ne fait que confirmer ces recherches. Une constatation digne d'être signalée est l'absence dans le premier segment sacré des deux groupements centraux. Nul doute que ces groupements à ce niveau servent à innerver les muscles postérieurs de la cuisse. Mais parmi ceux-ci, seul le biceps était altéré. Il est logique d'admettre que ces deux groupements centraux sont en rapport avec l'innervation motrice de deux chefs de ce muscle.

Plus haut, dans le cinquième segment lombaire, il n'existe plus qu'un seul groupement central ou, pour mieux dire, on ne trouve plus un dédoublement constant et net de ce groupement. Si l'on se rapporte aux recherches expérimentales de Parhon et Goldstein et, si l'on tient compte en même temps de la conservation du demi-membraneux et du demi-tendineux dans notre cas, on doit admettre qu'à ce niveau le groupement central est en rapport avec l'innervation du demi-membraneux et probablement aussi du demi-tendineux sans être possible pour un moment de faire leur part respective. Le groupement externe et central du quatrième segment lombaire manquaient presque complètement. Si l'on se rapporte aux recherches expérimentales de M. Marinesco, ainsi qu'à celles de M. et Mme Parhon, et si l'on se rappelle l'état des muscles dans ce cas, il faut admettre qu'à ce niveau le premier groupement innerve le quadriceps crural et le second le grand adducteur.

MM. PARHON ET GOLDSTEIN, *de Bucharest (Roumanie).*

Contribution à l'étude des représentations motrices du membre inférieur dans la moelle épinière de l'homme. — Nous avons étudié les moelles lombo-sacrées provenant de deux malades dont l'un avait subi l'amputation de la

cuisse vers son milieu d'un côté et presque un an plus tard la désarticulation de la jambe du côté opposé pour une gangrène sénile. Le malade succomba trois semaines après cette dernière opération et nous disséquons la portion de la cuisse que le chirurgien avait respecté. On avait enlevé par l'opération la moitié inférieure des quadriceps, du droit interne et une courte portion du troisième adducteur ainsi que l'extrémité nerveuse du biceps, du demi-tendineux et du demi-membraneux. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un jeune homme qui avait subi, il y a quatre ans, l'amputation de la cuisse vers son milieu. On avait enlevé les mêmes portions des muscles de la cuisse. Dans les deux cas on trouve des lésions manifestes dans le groupement postéro-latéral et dans celui post-postéro-latéral qui s'étendent approximativement, le premier de la partie inférieure du quatrième segment lombaire à la partie supérieure du troisième segment sacré ; le deuxième de la partie inférieure du premier segment sacré à la partie inférieure du troisième segment sacré. Dans le premier de ces cas ces deux groupements sont en réaction d'un côté comme de l'autre. Ces deux cas confirment, ainsi qu'il est facile d'en juger, les résultats antérieurs de Sano, Van Gehuchsten, de Buck, Nelis, Bruce, Marinesco, sur la localisation globale des muscles de la jambe et du pied. Dans ces deux groupements il est facile de distinguer des groupements secondaires qui représentent, ainsi que M. et Mme Parhon l'ont montré expérimentalement chez le chien, de véritables *centres musculaires*. Il faut admettre si l'on tient compte de ces recherches ainsi que de celles que nous avons faites et publié dans un travail précédent que : les muscles de la région postérieure de la jambe ont leur centre plus en dedans que ceux de la région antéro-externe et que c'est par ces derniers et, d'une façon plus précise, par le jambier antérieur que commence la représentation motrice de la jambe dans la moelle lombaire. Le centre de l'extenseur commun paraît bientôt ainsi que ceux des muscles postérieurs de la jambe. Parmi ceux de la région antéro-externe les centres des premiers occupent la position la plus inférieure. Le centre des jumeaux est situé plus antérieurement que ceux des fléchisseurs, du tibia postérieur et du plantaire grêle. Ce dernier doit se trouver plus en dedans que ceux des fléchisseurs. Le centre des jumeaux est, parmi tous les centres des muscles de la jambe, celui qui

descend le plus bas dans la moelle sacrée. Pour les muscles de la cuisse nous n'avons trouvé que des lésions peu marquées représentées par des rares cellules en réaction dans le troisième et quatrième segments lombaires, ce qui s'explique par le fait qu'on n'a enlevé de ces muscles que des portions qui comprennent pour la plupart leur extrémité tendineuse. Certains d'entre eux n'ont été même pas touchés. Les altérations si minimes qu'elles soient se trouvent dans les groupements qui, d'après les recherches anatomo-pathologiques de Van Gehuchten et de Neef et surtout d'après les recherches expérimentales de Marinesco, les nôtres, celles de M. et Mme Parhon, correspondent aux muscles de la cuisse. En tenant compte de ces différentes recherches, ainsi que de celles que l'un de nous a faites avec M. Papinian en étudiant la moelle d'un cas de paralysie infantile on doit admettre que : le centre du quadriceps occupe le groupement externe du troisième et du quatrième segment lombaire ; celui du couturier le groupement antéro-externe surtout dans le troisième segment lombaire. C'est de même surtout dans ce segment et dans sa partie centrale que doivent être cherchés les centres du premier et du deuxième adducteur ainsi que celui du droit interne. Celui du grand adducteur occupe le groupement central surtout dans le quatrième segment lombaire. Dans le cinquième le groupement central est en rapport avec le demi-membraneux et probablement aussi avec le demi-tendineux, sans être possible, pour un moment, de faire leur part respective. Dans le premier (et la partie supérieure du deuxième ?) segment sacré, on trouve au centre de la corne deux groupements qui doivent innerver les deux chefs du biceps crural. Contrairement à ce que croit M. de Buck, nous ne sommes nullement disposés à admettre une relation entre le groupement central et les muscles fessiers. Ces derniers d'après les recherches anatomo-pathologiques de Sano et Van Gehuchten et celles expérimentales de M. Marinesco et les nôtres sont innervés par le groupement antéro-externe.

MM. Cestan, Brissaud et Sano prennent part à la discussion, et relèvent l'intérêt présenté par les communications de MM. Parhon, Goldstein et Papinian.

M. E. DUPRÉ, *Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.*

Euphorie délirante des phtisiques. Étude anatomo-clinique. — L'état mental des tuberculeux a déjà fait l'objet d'études nombreuses, mais presque uniquement cliniques. J'apporte au Congrès l'histoire d'un cas dans lequel l'observation clinique de l'état mental ayant été suivie de l'étude histologique de l'écorce, les relations anatomo-cliniques les plus directes ont pu être établies entre les symptômes et les lésions.

Il s'agit, en résumé, d'un tuberculeux de 33 ans, atteint de phtisie subaiguë, fébrile, avec infiltration bilatérale étendue, et cavernulation rapide des sommets, lésions laryngées, cachexie rapide, etc., mort trois mois après le début des accidents. Durant toute l'évolution de sa maladie, le sujet, homme d'ailleurs cultivé et assez intelligent, a présenté, constamment, et à un degré extrême, les caractères d'ailleurs classiques de la mortalité des phtisiques subaigus : euphorie, optimisme, inconscience de la gravité de sa situation, illusions, projets, espoir ferme d'un avenir facile et heureux, acceptation d'emblée des suggestions rassurantes et des explications quelconques relatives à ses malaises, etc. Cet état d'illusionnisme euphorique se marque,comme on le sait, chez ces malades, par le caractère souriant et parfois joyeux de la conversation, par l'éclat du regard, par une expression particulière de béatitude répandue sur le visage, et l'on a souvent insisté sur le pénible contraste qui existe entre les manifestations de cet état mental et la douloureuse réalité des choses.

Le malade meurt dans un coma asphyxique graduel et rapide. Nécropsie : lésions pulmonaires d'infiltration caséeuse classiques. Foie et reins gras. Rate énorme. Cœur mou et petit. Cerveau 1.220 grammes. Aucune trace de tuberculose méningo-encéphalique.

Léger élargissement des sillons ; ventricules un peu dilatés. Les méninges molles sont manifestement épaissies au niveau des lobes frontaux, sans adhérences, sans lésions tuberculeuses ; l'épaississement prédomine en certains îlots, d'aspect blanchâtre.

L'examen histologique, pratiqué par le professeur Nissl lui-même, révèle les altérations suivantes : Méningite hyperplasti-

que, collogène, simple, ni exsudative, ni inflammatoire, ni spécifique : aucune diapédèse, à peine quelques rares macrophages clairsemés, au milieu de la stratification ondulée des fibrilles pie-mériennes. Légère prolifération de l'endothélium vasculaire, avec pigmentation jaune disséminée autour de certaines cellules de cet endothélium : quelques cellules en bâtonnet (Stäbchenzellen) au voisinage immédiat des capillaires. Prolifération à peine marquée de la névroglie. Lésions profondes et diffuses des cellules nerveuses frontales : disparition du protoplasme avec dégénérescence en anneaux épineux, à la périphérie du corps cellulaire : excentricité du noyau, déformation du nucléole, qui se rapetisse et dont la membrane est plissée. Vacuolisation de certaines cellules pyramidales. Dégénération hyaline de la plupart des capillaires. Dans la substance blanche, lésions de début de putréfaction : lacunes avec dissolution de la substance médullaire, quelques traînées de streptobacilles le long de certains vaisseaux. Les mêmes lésions, mais beaucoup plus discrètes et moins avancées, s'observent dans les régions moyennes et postérieures du cortex. A ce niveau, simple vascularisation de la pie-mère.

Ces lésions, d'ordre toxique, de date récente, nullement subordonnées d'ailleurs, aux altérations vasculaires, qui sont minimes, ni aux lésions méningées, qui sont plus anciennes et d'une autre nature, doivent être dans leur siège cellulaire et leur localisation frontale, rapprochées du syndrome psychopathique offert par le malade et invoquées pour l'expliquer. Elles n'existent pas à ce degré et sous cette forme chez les tuberculeux qui n'ont pas présenté d'état mental particulier (Nissl).

Cet état mental, d'ordre démentiel, se rapproche par ses caractères des manifestations psychiques des cancéreux morphinisés, chez lesquels on peut observer la même euphorie optimiste, le même illusionnisme délirant, grâce aux doses élevées et rapidement croissantes du poison. Cette analogie, entre ces deux états psychopathiques démentiels subaigus chez des cachectiques, est un argument de plus pour rapporter à une intoxication l'euphorie délirante des phtisiques. Cette intoxication a ses facteurs dans les poisons bacillaires, l'insuffisance hépatorénale et l'anoxhémie subaiguë.

Cette observation est intéressante parce qu'elle établit claire-

ment le substratum anatomique de l'état mental si spécial de certains phtisiques dans les lésions destructives des cellules du lobe frontal, et parce qu'elle permet de rapporter ces lésions aux processus de l'intoxication complexe dont l'organisme est le siège dans la phtisie pulmonaire subaiguë.

M. BRISSAUD demande s'il existait des lésions dans le reste de l'encéphale.

M. ERNEST DUPRÉ, *de Paris.* — Le processus était bien limité au lobe frontal.

M. CESTAN, *de Toulouse,* rappelle qu'Armand-Delille, avec le poison tuberculeux, n'avait pu reproduire expérimentalement que des lésions conjonctivo-vasculaires et non des lésions cellulaires.

M. ARNAUD, *de Vanves,* demande comment des altérations aussi profondes ont pu ne pas déterminer d'autres troubles intellectuels que l'euphorie.

M. ERNEST DUPRÉ, *de Paris.* — Cette euphorie même a un caractère démentiel qui indique un profond désordre psychopathique, et il serait préférable de désigner cet état sous le nom de *démence euphorique* des tuberculeux, par analogie avec celle des paralytiques généraux.

M. H. MABILLE, *Directeur-Médecin de l'Asile de Lafond (Charente-Inférieure).*

Traumatisme et délire alcoolique. — M. Mabille, rappelant les travaux antérieurs de Dupuytren, Leveillé, Lassègue, Mesnet, Voisin, Magnan, Motet, Peronne, Respaut et Gabriel, relate trois cas *de réveil* de délire alcoolique, deux dus à un choc traumatique physique, l'autre attribué à un choc moral.

Chez les trois malades le délire alcoolique ne s'est développé que plusieurs jours après le trauma et la privation de tout liquide alcoolique. Le troisième cas tout particulièrement s'est produit à la prison de La Rochelle chez un buveur de profession *six jours* après l'incarcération.

Tout en admettant que l'organisme s'accommode à l'agent toxique et que cette accommodation puisse être troublée par une cause physique ou morale qui vient rompre l'équilibre physiologique du buveur toujours « *en puissance d'alcoolisme* », M. Mabille estime qu'il faut tenir compte plus qu'on ne le fait d'habitude de la *suppression brusque* des boissons alcooliques chez les buveurs de profession.

Il se produirait dans ce cas un phénomène analogue à celui qu'on observe à la suite de la privation brusque de la morphine, chez les morphinomanes, parfois même du chloral chez ceux qui en font l'abus.

M. Mabille croit qu'il conviendrait, en aliénation mentale, de ne pas trop négliger ce facteur étiologique tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue thérapeutique.

M. Henry MEIGE, *de Paris.*

Migraine ophtalmique, Hémianopsie et Aphasie transitoires, Hémiface succulente, Photophobie et Tic de clignement. — A propos d'une malade atteinte de migraine ophtalmique, nous nous sommes attaché à faire l'analyse de certains symptômes « accompagnateurs » de la migraine. Nous voudrions faire ressortir principalement :

1° Des *ressemblances cliniques avec l'hémiplégie progressive,* dont l'angiospasme migraineux peut donner la raison ;

2° L'existence d'un hémiœdème accompagnant une série d'hémiparésies faciales transitoires *(hémiface succulente);*

3° La présence d'un *mouvement convulsif palpébral,* dont le diagnostic dans le cas présent est particulièrement malaisé, mais qui, pour des raisons purement cliniques, nous paraît pouvoir être considéré, avec plus de vraisemblance, comme un *tic* que comme un spasme ;

4° Des *troubles psychiques,* de nature *obsédante* et *angoissante,* associés à la maladie migraineuse ;

5° Les différences cliniques et pronostiques entre les *tics des jeunes sujets* et les *tics séniles.*

Observation. — Une dame, âgée de 73 ans, nous fut adressée par le Dr Terson, le 24 mai 1904, pour un mouvement convulsif des paupières dont elle était atteinte depuis quatre ans environ.

Voici ce que nous raconta cette dame, lors de sa première visite :

Vers le mois de décembre 1902, elle avait eu une « congestion », sans perte de connaissance, ayant nécessité cependant des soins médicaux, en particulier l'application de sangsues derrière les oreilles. On constata un certain embarras de la parole, un violent mal de tête qui dura un jour environ et fut suivi de somnolence. En interrogeant plus attentivement la malade et sa fille, qui l'accompagne, nous sommes parvenu à savoir que « cette congestion » avait été précédée d'une série d'accidents analogues, ayant débuté peu après la ménopause.

Il y eut ainsi un assez grand nombre de crises de céphalée transitoire, sans perte de connaissance, se reproduisant environ tous les mois, et s'accompagnant tantôt d'un engourdissement du bras droit, tantôt d'un embarras de la parole, tantôt d'une légère parésie faciale, parfois enfin de vertiges, de troubles oculaires, de sensations nauséuses, le tout suivi de violentes envies de dormir.

Dans un second interrogatoire, la malade a mieux précisé encore les caractères de ces accidents. Aucun doute : il s'agit bien de *migraine ophtalmique* : douleurs frontales, dans la région sourcilière, sensations vertigineuses accompagnées parfois de nausées ; puis troubles oculaires ; scotome : la malade voit scintiller devant ses yeux des couleurs vives, comme « une sorte d'étoffe écossaise brillante ». En outre, pendant la plupart des crises, elle ne voit que « la moitié des objets » : hémianopsie migraineuse. Enfin, au même moment, apparaît le trouble de la parole : difficulté à prononcer certains mots, impossibilité de prononcer certains autres, emploi de mots à la place d'autres. Cet état dure quelques heures, pendant que persiste la douleur ; il peut se prolonger quelque temps après.

C'est le tableau complet de la migraine *accompagnée*.

Les crises surviennent d'une façon irrégulière, une ou deux fois par mois ; elles seraient plus fréquentes lorsque la malade est constipée.

Il n'y a jamais eu de paralysie véritable et durable des membres.

Il n'en est pas de même de la face. Au moment des crises, et quelque temps après, la moitié droite du visage reste inerte, immobile. Actuellement, il existe encore une certaine parésie. Fait à signaler : cette hémiparésie faciale est accompagnée d'un empâtement de la région ; cet aspect n'est pas dû uniquement à la flaccidité musculaire et à la disparition des rides, mais bien à un léger degré d'œdème. C'est une sorte d'*hémiface succulente*.

On peut aussi constater un léger embarras de la parole ; mais celui-ci paraît tenir surtout à la parésie et à l'empâtement du côté droit de la face. La langue n'est pas déviée. Les mots sont correctement articulés.

Enfin, il faut ajouter que pendant toute sa jeunesse, et jusqu'à la ménopause, la malade a été sujette à de fréquentes et violentes migraines simples. Sa fille est aussi une grande migraineuse.

La malade a été opérée, il y a seize ans, d'un kyste, probablement sébacé, situé dans la région frontale droite au-dessus du sourcil.

Ni dans son enfance, ni dans sa jeunesse, cette dame n'avait présenté

de mouvements convulsifs du visage. Personne dans son entourage n'est atteint de tics.

Les « mouvements nerveux » des paupières auraient commencé à la suite de la mort de son mari : grand chagrin, nombreuses crises de larmes. A peu près vers la même époque, elle remarqua que le soleil, la vive lumière, la poussière et la chaleur provoquaient des clignements, parfois assez prolongés, des deux paupières, tantôt simultanément, tantôt l'une après l'autre ; les deux étaient atteintes au même degré.

Actuellement, les contractions palpébrales se produisent presque uniquement à l'occasion de la vive lumière. Lorsque la malade est dans son appartement, dans la demi-obscurité qu'elle affectionne, ses yeux ne se ferment pas. Mais dès qu'elle s'expose à la vive lumière, et surtout lorsqu'elle sort, aussitôt ses paupières se contractent et clignent fortement. Il lui arrive ainsi, dit-elle, de ne pouvoir avancer dans la rue, étant obligée d'attendre que les contractions aient cessé. Celles-ci durent parfois une à deux minutes. A ces moments, il lui semble qu'elle ne pourra jamais rouvrir les yeux, et elle fait alors toutes sortes de grimaces pour y parvenir. Puis, les clignements disparaissent, pour se reproduire quelques instants plus tard. Elle n'éprouve cependant aucune douleur, à peine un très léger picotement des yeux.

L'examen oculaire a été pratiqué par le Dr Terson, qui n'a constaté aucune espèce de lésion ; la vue n'est que légèrement affaiblie par l'âge.

Traitement. — Contre un tic de clignement, chez un jeune sujet, une gymnastique palpébrale serait certainement très efficace. Ici, elle aurait moins d'action. Un changement dans l'existence de la malade qui vit seule, en province, évitant de recevoir et de sortir, une vie nouvelle, dans un entourage qui la forcera à se distraire et à circuler, en oubliant ses phobies : voilà la prescription importante.

En outre, valérianate de zinc, 8 centigr. par jour en 4 pilules. A titre psychothérapique, un collyre lui est ordonné. Des laxatifs fréquents seront aussi utiles.

Enfin, contre les accidents migraineux, l'emploi du bromure de potassium, 2 à 4 grammes par jour.

Notre malade a été soumise à ce traitement et, depuis deux mois, les crises migraineuses n'ont pas reparu.

Les clignements sont aussi moins fréquents et moins violents.

*
* *

Le diagnostic de *migraine ophtalmique* ne paraît pas contestable. Nous y reviendrons d'ailleurs dans un instant.

Mais d'abord, que faut-il penser des clignements de paupières au sujet desquels la malade nous fut adressée ?

On est autorisé à les considérer comme indépendants des accidents migraineux. En effet, ils ne se produisent pas seulement au moment des crises, mais aussi pendant leurs intervalles.

De bonnes raisons permettent de croire qu'il s'agit là d'un phénomène convulsif de la famille des tics. Ce tic semble d'ailleurs lié à une *préoccupation nosophobique, photophobie, héliophobie, anémophobie.*

Le mode de début de cet accident, les habitudes d'isolement dans l'obscurité prises par le malade, viennent à l'appui de cette manière de voir. De plus, fait important, lorsqu'elle est distraite, lorsque son attention est tenue en éveil, alors même qu'elle s'expose à la vive lumière, les clignements n'ont pas lieu. D'autre part, un effort de volonté les arrête presque instantanément. Pendant le temps des examens, lorsqu'elle raconte son histoire, aucun clignement. Mais dès qu'on parle de lumière, de soleil, de poussière, les contractions reparaissent. Il existe une relation certaine entre le clignement et la *peur de la lumière* ou du vent. C'est donc bien un tic, né d'une phobie obsédante, et ce tic est devenu lui-même une obsession, car la malade y pense constamment lorsqu'elle est seule et sans distraction.

En somme : *tic de clignements* né d'une *obsession photophobique,* et devenu lui-même obsédant ; il serait difficile de dire aujourd'hui si la malade est plus péniblement impressionnée par la *peur de la lumière* que par la *peur de son clignement,* qu'elle redoute surtout lorsqu'elle sort, étant exposée de ce fait à grimacer, à se heurter, à tomber....

Si tenté que nous soyons d'accepter cette interprétation, qui s'accorde avec ce que nous savons des relations étroites unissant les tics et les obsessions, mises en pleine évidence par les travaux de MM. Pitres et Régis[1], il ne nous est pas possible d'oublier que, dans le cas actuel, le phénomène convulsif se produit chez une malade atteinte de *migraine accompagnée.* Et tout en réservant une part importante au facteur psychique qui contribue dans une large mesure à l'exagération du clignement et surtout des phobies concomitantes, nous devons nous demander si les mêmes causes qui provoquent les troubles accompagnant les crises migraineuses ne peuvent pas être invoquées pour expliquer ce phénomène convulsif.

Il semble hors conteste aujourd'hui que les phénomènes douloureux, vertigineux, nauséeux, l'aphasie, l'hémianopsie, le sco-

1. — Pitres et Régis : *Obsessions et impulsions.*

tome, les ophtalmoplégies, les parésies et les paresthésies de la face et des membres, signalés dans les cas de migraine accompagnée, soient liés à un trouble vasculaire : vaso-dilatations et vaso-constrictions transitoires, capables de produire sur telle ou telle région encéphalique une action irritative ou un déficit nutritif, passagers il est vrai, mais provoquant néanmoins, pendant qu'ils existent, des symptômes comparables à ceux qui relèvent des lésions graves et durables de l'appareil circulatoire de l'encéphale.

« On admet, disait Charcot, que c'est un spasme temporaire des vaisseaux sylviens, avec anémie transitoire de toute la région qui comprend les diverses localisations des quatre éléments du langage et quelques régions sensitives relatives aux bras et à la face et qui sont situées en arrière des circonvolutions ascendantes[1]. »

Le migraineux, atteint pendant quelques heures d'aphasie ou de dysarthrie, se trouverait ainsi, du fait de l'angiospasme qui rétrécit passagèrement le calibre d'une des branches de sa sylvienne, dans les mêmes conditions qu'un sujet dont le même vaisseau aurait été rendu imperméable par une embolie ou une thrombose.

Du siège, de l'étendue, de l'intensité et de la durée du spasme vasculaire dépendent la nature, le nombre, l'intensité et la durée des symptômes « accompagnateurs ».

Notre malade, par les caractères, le nombre et la variété des accidents qui accompagnent ses crises migraineuses, est un exemple très instructif. Entre ces accidents et ceux qui sont la conséquence de petits foyers d'hémorrhagie et surtout de ramollissement, la ressemblance est si grande qu'on a pu prendre une des crises pour un ictus, et qu'on l'a traitée comme une « congestion » par l'application de sangsues sur la région mastoïdienne. L'âge de la malade, son masque peu mobile, la lenteur de ses gestes, sa démarche à petits pas, une attitude un peu « soudée », enfin un certain embarras de la parole rendaient la méprise plus compréhensible encore. Et de fait, notre première impression fut qu'il s'agissait d'une de ces *hémiplégies progressives* des vieillards sur lesquelles M. Brissaud a maintes

1. — Charcot : *Leçons du Mardi*, t. I, p. 27.

fois insisté. La description très précise, et confirmée par un témoin oculaire, des crises migraineuses, a permis de reconnaître la nature des accidents. Mais les détails cliniques que nous venons de signaler ne doivent pas être passés sous silence ; ils ont une importance, non-seulement au point de vue du diagnostic et de la pathogénie, mais aussi pour le pronostic de l'affection.

Les ressemblances cliniques avec l'hémiplégie progressive peuvent donner à penser que les troubles circulatoires, dans certains cas de migraines, se produisent dans la région capsulaire. Et ces angiospasmes passagers risquent de produire des désordres irrémédiables.

« Les spasmes vasculaires, a dit encore Charcot, ne peuvent durer longtemps ; ils sont transitoires, c'est vrai. Mais il n'y a pas un seul des phénomènes de cette migraine qui ne puisse s'établir à l'état permanent, si ce n'est peut-être le scotome scintillant.... Les vaisseaux peuvent finir par s'altérer ; la maladie peut alors rentrer dans la catégorie des affections permanentes.... Voilà comment la migraine ophtalmique peut se transformer en affection organique[1]. »

Et voilà pourquoi le tableau clinique de l'hémiplégie progressive peut être réalisé par de vieux migraineux.

***

Parmi les phénomènes qui apparaissent au cours de la crise migraineuse, il en est sur lesquels nous croyons superflu d'insister, tant ils ont été fréquemment signalés : la céphalée supra-orbitaire, l'état nauséeux, vertigineux, et même le scotome scintillant, dont Charcot a donné une description et une reproduction personnelles[2].

D'autres symptômes sont plus rarement observés : la *paralysie faciale,* par exemple. On l'a cependant constatée au cours de certaines crises migraineuses, surtout dans cette variété de migraine, dite *migraine ophtalmoplégique,* où les muscles extrinsèques du globe oculaire sont frappés de paralysies, généralement passagères, mais qui, par leur répétition, deviennent quelquefois permanentes.

1. — Charcot : *Leçons du Mardi,* t. I, p. 27.
2. — *Ibid., Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. III, p. 70 et suiv.

Demicheri[1] a observé une femme de 64 ans, dont les accès migraineux s'accompagnaient d'une paralysie oculaire alternante, de diplopie, de ptosis, et aussi de paralysie faciale. Rossolimo[2] a rapporté l'observation d'une paralysie faciale accompagnant des crises migraineuses, au moment des règles. La paralysie faciale siègeait tantôt à droite, tantôt à gauche, et était précédée de douleurs auriculaires.

Chez notre malade, la succession des paralysies faciales transitoires a laissé un résidu parétique permanent sur le côté droit du visage ; celui-ci, même dans l'intervalle des crises, se montre certainement moins mobile, moins expressif, que le côté opposé.

Il y a plus. La peau de la moitié droite de la face est le siège d'une infiltration qui rappelle celle qu'on observe souvent à la main des hémiplégiques et qui a été décrite par Marinesco sous le nom de *main succulente*[3]. Semblables infiltrations œdémateuses sont fréquentes dans l'hémiplégie et peuvent siéger aussi bien aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. MM. Lœper et Crouzon en ont publié tout récemment des exemples très démonstratifs[4].

Enfin, sous le nom de *face succulente*, M. Pierre Bonnier a communiqué à la Société de Neurologie de Paris la très intéressante observation[5] d'un malade de 70 ans, atteint de « crises de vertige droit, avec dérobement hémiplégique à droite, chûte à droite, bourdonnement, surdité, névralgie faciale avec douleur vive dans l'oreille et dans l'œil, le tout à droite. Dès sa première crise, il eut une forte ecchymose de l'œil droit. Puis les crises s'établirent assez régulièrement et, il y a deux mois, apparut à la suite d'un ictus plus vif, une *paralysie de la VIIe et de la VIe paires* du côté droit, avec *poussées congestives douloureuses de la face* et *œdème chaud* de toute la région. Cet œdème, d'abord paroxystique, s'installa définitivement, peu sensible le matin,

1. — Demicheri : Migraine ophtalmoplégique alternante *Clinique ophtalmol.*, 25 septembre 1897.

2. — Rossolimo : Recidivirende facialislahmung bei migrane. *Neurol. Centr. bl.*, 16 août 1901.

3. — Marinesco : *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1897.

4. — Lœper et Crouzon : Hémiœdèmes des hémiplégiques. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, n° 3, 1904.

5. — Pierre Bonnier : *Société de Neurologie*, 4 mai 1904.

extrêmement prononcé le soir, abondant dans les parties déclives de la face qu'il rendait transparentes ». Pour M. Bonnier, tous ces accidents sont l'indice d'un ramollissement bulbaire, intéressant les centres moteurs de l'œil, les centres vaso-moteurs et thermiques.

L'*œdème palpébral* a été noté par Mollendorf [1] dans plusieurs cas de migraine.

J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer chez deux sujets atteints de *spasme facial* une *succulence faciale* analogue.

Il est hors de doute que les crises migraineuses s'accompagnent fréquemment de troubles vaso-moteurs ou secrétoires. On a parlé de *migraines rouges* et de *migraines blanches* (Eulenburg). On a décrit des crises de larmes et de salivation. On a signalé des troubles pupillaires. Aussi a-t-on pu considérer, non sans de bonnes raisons, que les accidents migraineux pouvaient être d'origine sympathique (Du Bois-Raymond).

Tout aussi bien on peut admettre l'existence d'un trouble circulatoire passager survenant dans la région bulbaire, au voisinage des centres vaso-moteurs et vaso-sécrétoires (Pierre Bonnier).

Quelle que soit d'ailleurs la localisation de l'angiospasme, ce que nous voulons retenir, c'est la constatation de la succulence hémifaciale. Il s'agit, très vraisemblablement, d'un *trophœdème symptomatique* comme on en voit apparaître au cours de certaines affections nerveuses [2].

Et dans le cas présent, il importe de signaler encore une particularité de ce phénomène : il varie sensiblement dans son intensité d'un jour à l'autre. Très apparent lors du premier examen, il s'était notablement atténué un mois plus tard, la malade n'ayant pas eu de nouvelles crises de migraine. Rien d'impossible à ce que, au contraire, à la suite d'accès réitérés l'hémiœdème facial tende à s'installer en permanence.

* * *

L'*aphasie migraineuse transitoire* a été également bien analysée par Charcot dans sa description de la migraine accompa-

1. — Mollendorf : Ueber Hemicranie. *Virchows Archiv.*, 1876.
2. — Voy. *Iconographie de la Salpêtrière*, n° 6, 1899, 1900, 1901, 1903.

gnée. « Le malade éprouve un engourdissement de la main ; l'engourdissement monte ; il envahit la face ; il occupe la commissure labiale du même côté ; la langue s'engourdit ; au bout d'un certain temps, on veut parler et on ne peut plus ; on ne sait plus.... on dit volontiers « monsieur » pour « madame » ; cependant l'intelligence est à peu près conservée.... » Notre malade nous a décrit les mêmes symptômes.

L'*hémianopsie migraineuse* dont elle est atteinte et qu'elle décrit avec une grande netteté a été souvent signalée. Charcot, Parinaud en ont rapporté des exemples[1]. On connaît également, depuis Piorry, les accidents paresthésiques et parétiques des membres signalés par les migraineux. Charcot avait présenté autrefois, dans ses *Leçons du mardi,* plusieurs malades atteints de migraine accompagnée.

L'un d'eux, un homme de 37 ans (22 novembre 1887), offrait le syndrôme le plus caractéristique de la migraine accompagnée : scotome scintillant typique en « fortifications à la Vauban », céphalée, nausées, hémiopie, embarras de la parole, fourmillements dans les membres supérieurs, ébauche d'épilepsie sensorielle. Une autre malade, une femme de 30 ans, venue à la Salpêtrière le 13 décembre 1887, décrivait nettement l'hémianopsie migraineuse, sans scotome proprement dit, mais accompagnée d'un engourdissement de la main et d'un embarras de la parole.

Flateau[2] a rapporté la très intéressante observation d'un ancien migraineux qui présentait des troubles paresthésiques du bras, de la face et de la langue. A la suite d'une fièvre typhoïde et d'une variole, le malade eut des symptômes de paralysie bulbaire ; à partir de cette époque les migraines s'accompagnèrent de dysphalgie, d'aphasie transitoire (une fois pendant dix jours) et aussi de parésie du bras droit.

Tous ces phénomènes sont aujourd'hui bien connus. Dans

1. — Charcot : *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. III, pp. 70 et 39. — Parinaud : *Arch. de Neurol.,* t. V, p. 57. — Voy. aussi J. Putnam : Rapports entre les névralgies du trijumeau et la migraine. *The Journ. of nerv. a. ment. dis.,* mars 1900.

2. — Flateau : Ueber einem bemerkenswerten Fall von Hemicranie. *Centralbl., f. Nervenheilk. u. Psychiatrie,* déc. 1902.

l'étude très documentée que Kovalesky a consacrée à la migraine, les exemples en abondent[1].

*
* *

Mais revenons aux *phénomènes palpébraux* proprement dits. Il est certain que la plupart des crises migraineuses s'accompagnent de parésies *palpébrales*. Dans les « petites migraines », la *lourdeur des paupières* est toujours signalée. Dans les cas plus sévères, il s'agit d'un véritable *ptosis,* qui, d'abord transitoire, cessant avec l'accès, peut devenir permanent, et même se compliquer d'autres paralysies oculaires, préludant à l'apparition de la *migraine ophtalmoplégique,* bien connue des oculistes.

Lamy a rapporté l'observation d'une femme de 26 ans chez qui les douleurs migraineuses, tantôt à droite, tantôt à gauche, s'accompagnent d'un *ptosis* transitoire. Plus tard, cette femme présenta des symptômes de syphilis cérébrale ; le ptosis devint permanent à droite ; puis survint une paralysie de la VIe paire gauche[2].

Le *ptosis* a été signalé aussi par de Lapersonne[3], au cours d'accès migraineux avec vomissements et scotome, chez une femme de 50 ans. Ce ptosis a précédé une paralysie du droit interne qui, d'abord n'existait qu'au moment des crises, puis est devenue permanente. L'ophtalmoplégie externe peut, d'ailleurs, s'accompagner d'ophtalmoplégie interne (mydriase)[4].

D'autre part, Rossolimo, à propos de l'observation citée plus haut, fait remarquer que la mère et la sœur de sa malade présentaient une difficulté à fermer les yeux[5].

Ainsi, des phénomènes parétiques et paralytiques des paupières accompagnent souvent les crises migraineuses.

D'une façon générale, les troubles moteurs de la migraine accompagnée sont surtout paralytiques (parésies ou paralysies de la face), des membres, de la langue, des muscles oculaires,

1. — Kovalesky : *La migraine et son traitement.*

2. — Lamy : Le syndrome migraine ophtalmique comme première manifestation dans un cas de syphilis cérébrale. (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux,* 20 décembre 1900.)

3. — De Lapersonne : Migraine ophtalmoplégique. (*Progr. Méd.,* 7 mars 1903.)

4. — Træmner : Ophtalmoplégie interne et migraine ophtalmique. (*Centbl. f. Nervenheilk, u. Psychiatrie,* octobre 1889.)

5. — *Loc. cit.*

ce qui s'accorde avec l'hypothèse d'un déficit vasculaire passager.

On a signalé cependant, quoique très rarement, des phénomènes convulsifs palpébraux (Calmeil, Féré), et même des contractions des muscles de la face, du cou et de l'épaule (Kovalevsky). S'agit-il de *spasmes* provoqués par une irritation passagère du noyau ou du tronc du facial par le trouble circulatoire migraineux ? Où bien faut-il voir là des spasmes réflexes répondant à l'irritation des voies sensitives, comme dans l'affection qualifiée de *tic douloureux* de la face ? Les deux hypothèses sont également plausibles.

Mais ce qui existe surtout dans la migraine, c'est l'*angiospasme,* qui diminue le volume des voies circulatoires et leur rapport sanguin, et dont l'action sur les territoires nerveux est comparable à celle d'un processus ischémique par oblitération. Aussi voit-on prédominer les phénomènes paralytiques.

A la vérité, dès qu'il s'agit de troubles vaso-moteurs, on doit toujours s'attendre à voir alterner la vaso-dilatation avec la vaso-constriction. Et l'on concevrait aisément qu'une vaso-dilatation limitée à un territoire nerveux défini puisse déterminer une irritation passagère se traduisant cliniquement par un phénomène spasmodique. C'est ainsi qu'on a pu voir dans certains cas de migraine accompagnée, quelques troubles moteurs qui pouvaient faire penser à une ébauche de crise jacksonienne. Charcot, en particulier, a fait ressortir les analogies des processus migraineux et jacksoniens. « Mais, comme le dit Hallion, la raison première et même la modalité précise de ce processus vaso-moteur nous demeurent inconnues [1]. »

Cependant, on a été conduit avec raison à établir des liens de parenté entre les états migraineux et les états épileptiques [2].

Selon Féré, on observe chez les migraineux des phénomènes d'épilepsie sensorielle et même motrice. L'accès de migraine comparable en cela à l'accès épileptique, peut être précédé de rêves pénibles, terrifiants. Dans un cas [3] particulièrement inté-

1. — Hallion : Art. *Migraine* in *Manuel de Médecine,* t. IV, p. 484.

2. — R. Lambranzi : Stati di emicrania in epilettici. (*Ref. Med.,* 9, 11 juin 1900.)

3. — Féré : Contribution à l'étude de la migraine ophtalmique. (*Revue de Médecine,* décembre 1881.) — Les rêves précurseurs de la migraine ophtalmique. (*Revue ds Médecine,* février 1903.)

ressant, Féré a noté que chez un malade qui rêvait d'incendie et voyait le feu à sa droite, le lendemain s'était produit un scotome scintillant du même côté. De ces *rêves hémianopsiques* dans l'épilepsie, qu'on peut rapprocher des *hallucinations hémianopsiques* signalés par Lamy, il n'est pas sans intérêt de rapprocher également l'*hémianopsie migraineuse* [1].

En présence du mouvement convulsif des paupières présenté par notre malade, ces remarques s'imposaient. Cependant le diagnostic de *spasme palpébral* nous paraît devoir être écarté. Les caractères objectifs des contractions des paupières, leur bilatéralité, l'action frénatrice des efforts de volonté, d'attention et de la distraction, l'apparition de ces accidents dans des circonstances presque toujours identiques (vive lumière, sortie au dehors) et surtout leur persistance en dehors des crises migraineuses, toutes ces particularités n'appartiennent guère au spasme qui, lui, se produit sans cause, à n'importe quel moment, et dont les efforts de volonté ou la distraction ne parviennent pas à refréner l'explosion irrésistible.

Et ainsi nous nous trouvons ramené à notre point de départ, et conduit à admettre que les contractions palpébrales convulsives de notre malade sont, non pas un spasme, mais un *tic*. La phobie de la lumière, de la poussière et du vent, représente le facteur mental qui a contribué à engendrer le trouble moteur. Ce tic de clignement, né d'une peur obsédante de la lumière, est devenu à son tour un tic obsédant.



La coexistence de *troubles psychiques* avec la migraine ophtalmique n'est d'ailleurs pas une nouveauté.

Charcot, Brissaud ont montré que, dans certains cas, le syndrome de la migraine ophtalmique pouvait être le prélude d'une périencéphalite diffuse.

Mangazzini a même défendu l'existence d'une *psychose hémicranique,* dont l'autonomie est combattue par von Kraft-Ebing [2].

1. — Cornu : Contribution à l'étude des migraines et de leurs rapports avec les états épileptiques délirants. (*Thèse de Lyon,* 1902.)

2. — Von Kraft-Ebing : Ueber Migränepsychosen. (*Jahrb. f. Psy. u. Neurol.,* p. 38.)

Pour Möbius, la migraine doit être rangée parmi les manifestations de la dégénérescence.

On admet sans difficulté qu'un trouble circulatoire encéphalique capable de produire tous les désordres sensoriels et moteurs qui font cortège à la migraine, puisse déterminer également des désordres psychiques, transitoires d'abord. et qui, par leur répétition, peuvent devenir définitifs. Mais est-il nécessaire d'invoquer une psychose migraineuse spécifique ?

En tout cas, les phénomènes obsédants que notre malade présente s'observent chez des sujets qui ne sont pas et n'ont jamais été des migraineux. D'ailleurs, ils persistent ici en dehors des accès. Comme le tic de clignement dont ils sont vraisemblablement la cause, ces troubles psychiques ne sont pas nécessairement subordonnés à la migraine.

On décrit communément la *photophobie dans la migraine*, et avec raison. Si l'on entend par là que le sujet éprouve une sensation pénible à regarder la vive lumière, ce phénomène est presque constant. Mais il ne s'agit que rarement d'une *phobie,* au sens psychiatrique du mot. La crise terminée, le malade ne souffre plus des impressions lumineuses ; il n'y songe même point. Dans notre cas, au contraire, la sensation pénible provoquée par la lumière au moment de la crise s'est compliquée d'une véritable *phobie,* qui persiste en dehors des accès, même sans cause, dans l'obscurité. Les crises de migraine ont été sans doute la cause première de cette idée obsédante, dans laquelle la *peur de la lumière* s'aggrave de la *peur de la migraine,* de la *peur de tomber,* etc.

Ces phobies, dont on a souvent signalé des exemples chez les migraineux, s'accompagnent parfois de phénomènes angoissants. De fait, notre malade n'est pas seulement *anxieuse* de sortir au grand jour, elle éprouve une *angoisse* véritable, avec gêne respiratoire, oppression, tremblement de tout le corps, et une sorte de « malaise indéfinissable ». La distinction entre l'*angoisse* et l'*anxiété,* sur laquelle M. Brissaud a insisté avec raison, est ici très difficile á établir. Est-ce un trouble bulbaire ? Est-ce un trouble cortical ? Et lequel des deux commande l'autre ? Cependant, comme chez notre malade ce trouble survient, non pas brusquement, spontanément, mais généralement à l'occasion de l'idée d'être exposée à la vive lumière, comme il cesse si la

malade est distraite, occupée, on peut admettre que chez elle il a le plus souvent une origine corticale.

*
* *

Une dernière remarque.

Si nous croyons bien pouvoir qualifier de *tics* les contractions palpébrales dans le cas présent, nous tenons à faire observer que ces accidents sont survenus tardivement chez un sujet âgé.

Il importe, en effet, tant au point de vue diagnostique qu'au point de vue pronostique, d'établir une distinction entre les tics qui apparaissent dès l'enfance ou l'adolescence et ceux qui surviennent sur le tard, chez des sujets exempts jusqu'alors de tout « mouvement nerveux ». Les premiers sont généralement plus variables, moins tenaces ; ils cèdent facilement à un traitement approprié, ou même simplement devant une surveillance attentive.

Les seconds, au contraire, les *tics séniles,* sont beaucoup plus stables et résistants. Les efforts correcteurs réussissent à les amender, parfois considérablement ; mais leur disparition reste plus problématique. Plus facilement, ils prennent le caractère obsédant.

Nous avons déjà eu souvent l'occasion de montrer que chez les jeunes tiqueurs on retrouve toujours un certain degré d'*infantilisme mental,* et que cet infantilisme mental joue un rôle capital dans la genèse des tics. Cependant, par une éducation méthodiquement dirigée, on parvient à corriger progressivement les mauvais effets de cette disposition psychique congénitale : une bonne discipline psycho-motrice rétablit peu à peu l'habitude du contrôle des actes moteurs.

Chez ceux qui, au contraire, se mettent à tiquer sur le tard, on constate, non pas ce développement psychique incomplet et dysharmonique qui est le propre de l'infantilisme mental, mais bien une *déchéance* psychique qui, souvent, se traduit par ce que M. Ernest Dupré a si justement appelé le *puérilisme mental.*

Évolution psychique incomplète chez les uns, régression psychique chez les autres, les deux processus aboutissent sans doute l'un et l'autre à un état d'amoindrissement mental. Mais, tandis que l'*infantile mental* est susceptible de perfectionnement, le *puéril mental* tend, au contraire, vers une déchéance

progressive. Chez ce dernier, le contrôle cortical va faiblissant; les efforts éducateurs s'adressent à des organes en voie de régression. Enfin, il est certain qu'au point de vue clinique, les tics séniles offrent plus d'analogies apparentes avec les accidents spasmodiques imputables à une lésion irritative des centres ou des conducteurs nerveux. L'infériorité organique de ces derniers, leur nutrition plus défectueuse chez les vieillards, permet encore d'entrevoir la raison de ces différences objectives. Et il n'est pas douteux que l'angiospasme migraineux favorise peu à peu cette action désorganisatrice.

Aussi le pronostic des tics séniles doit-il toujours être réservé, surtout chez les vieux migraineux.

M. CABANES, *de Bordeaux,* rappelle qu'il existe de faux glaucomes en relation avec la migraine ophtalmique.

M. PITRES, *de Bordeaux,* fait remarquer qu'il est bien difficile d'admettre une distinction entre les tics et les spasmes basée sur la pathogénie. On tend à donner à l'anatomie pathologique une place prépondérante dans le diagnostic ; cette tendance est surtout fâcheuse lorsqu'il s'agit de phénomènes dont on ne connaît pas le substratum anatomique. C'est à la clinique, au contraire, qu'il faut s'adresser, si l'on veut étudier les mouvements convulsifs.

On ne peut nier que dans la genèse des tics, l'imitation joue souvent un rôle capital. Ceci n'est guère en faveur de l'origine corticale de tous ces accidents.

L'existence de tics chez les animaux vient encore à l'appui de cette manière de voir.

M. Ernest DUPRÉ, *de Paris,* ne conçoit pas l'imitation sans une intervention corticale.

M. Henry MEIGE, *de Paris.* — Avec M. Pitres, je suis entièrement d'accord pour n'étayer que sur des données cliniques les distinctions entre les différents mouvements nerveux du visage ou du corps. Nous serions fort embarrassés d'ailleurs pour procéder autrement, l'anatomie pathologique étant presque muette à cet égard. Et je tiens à répéter une fois encore que notre distinction entre les tics et les spasmes est basée sur l'*examen*

objectif des troubles moteurs, sur leur localisation, leur forme, leur évolution, et la constatation d'une série de symptômes concomitants. Avec ces éléments de diagnostic, nous croyons cette distinction possible, *cliniquement* parlant.

Bien entendu, ici, comme dans la pathologie tout entière, on rencontre parfois des cas difficiles devant lesquels le diagnostic reste plus ou moins longtemps en suspens. C'est précisément un cas de ce genre que je viens de communiquer au Congrès. Mais les formes franches sont fréquentes ; j'en ai rapporté des exemples l'an dernier au Congrès de Bruxelles, et M. E. Dupré également. J'en ai vu d'autres depuis lors et je reste fermement convaincu que le spasme facial est un accident morbide qui, dans la majorité des cas, peut être différencié des tics de la face, et cela *cliniquement, objectivement.*

Pour ce qui est des tics des animaux, je crois que la plupart des accidents désignés sous ce nom sont parfaitement comparables aux tics humains. Les recherches très consciencieuses que MM. Rudler et Chomel ont entreprises sur les tics des chevaux, à la suite de nos études sur les tics de l'homme, nous ont fait connaître de très intéressantes similitudes. Quelque rudimentaires que soient les fonctions corticales du cheval, on ne peut nier leur existence. Si téméraire que l'on paraisse en parlant du « psychisme » d'un animal, on est bien obligé de reconnaître que les animaux sont capables de volonté, d'attention, de mémoire, d'affectivité, etc. Ils sont aussi capables d'*habitudes,* et de mauvaises habitudes. L'observation démontre que ces « facultés » sont variables suivant les individus. Elles peuvent même subir des perturbations analogues à celles qui s'observent chez l'homme. Et précisément, les chevaux tiqueurs présentent des impulsivités, des rétivités, des peurs, bref un certain déséquilibre comparable à celui des déséquilibrés humains où se recrutent les tiqueurs. Bien plus, dans une nouvelle étude que MM. Rudler et Chomel m'ont prié de communiquer au Congrès, ces auteurs apportent des faits dignes d'intérêt, montrant qu'il existe chez les chevaux, et chez les chevaux tiqueurs en particulier, de véritables stigmates morphologiques, physiologiques et psychiques, comparables à ceux qu'on a décrits chez les dégénérés humains. Ce sont là des signes cliniques qui ne peuvent pas être négligés. Il y a donc tout lieu de croire que les tics des animaux sont assimilables aux tics de l'homme.

M. BRISSAUD, *de Paris*. — Moins que personne, mon ami M. Pitres ne peut méconnaître le rôle capital que jouent les troubles psychiques dans la genèse de certains troubles moteurs ; car, mieux que personne, il a mis ce rôle en évidence dans l'excellent livre qu'il a publié, il y a deux ans, avec M. Régis, sur les *Obsessions* et les *Impulsions*.

Mieux que personne il connaît ces gestes, ces grimaces, impulsions ou obsessions motrices, de siège et de forme essentiellement variables, suivant les sujets et suivant les caprices de leur psycho-névrose. Et il sait les différencier des secousses convulsives que provoque l'excitation d'un nerf, moteur ou sensitif. Celles-ci restent cantonnées dans une région anatomique précise et elles se manifestent avec les mêmes caractères objectifs quand l'excitation provient d'une cause pathologique ou lorsqu'elle résulte d'une intervention expérimentale. On voit alors se contracter, comme sous l'action d'un électrode, des muscles ou des fragments de muscles que nul commandement cortical ne saurait faire agir isolément. Et l'on voit aussi des associations de contractions musculaires qui correspondent très exactement aux muscles innervés par le nerf irrité, mais qui ne répondent à aucun acte fonctionnel connu.

Dans le spasme facial total, par exemple, nous avons vu le plus souvent des secousses convulsives d'une moitié du voile du palais et un déplacement de la luette du même côté. Les individus les mieux doués ne sont pas, que je sache, capables de contracter un seul de leurs palato-staphylins. La distribution anatomique du facial explique, au contraire, ce phénomène conforme à ce que nous savons des processus réflexes en physiologie.

M. FERNAND RUDLER, *Médecin-major de 2me classe à Belfort*, ET M. C. CHOMEL, *Vétérinaire en 1er*.

Des stigmates physiques, physiologiques et psychiques de la dégénérescence chez l'animal, en particulier chez le cheval[1]. — ÉTUDE CLINIQUE. — *L'hérédité morbide ou pathologique* est envisagée, en médecine humaine, par Morel

1. — Cette étude clinique fait partie d'un travail d'ensemble sur la « Dégénérescence chez l'animal » qui comprend d'autres chapitres sur l'*Hérédité normale et morbide*, les *facultés intellectuelles* et la *dégénérescence expérimentale* chez les animaux. (*Répert. Méd. Vétérin.*, juillet, août, septembre, octobre 1904.)

et par Magnan, sous le nom de *dégénérescence*[1]. Des *stigmates physiques et psychiques* constituent les signes distinctifs de cette dégénérescence. Abstraction faite de toute considération doctrinale, ces stigmates ont certainement une valeur diagnostique, aussi bien en pathologie mentale qu'en médecine légale. Ils se traduisent par une dysharmonie morphologique ou mentale, par des anomalies physiques ou psychiques, qui semblent commandées par des déviations embryogéniques ou des troubles du développement de l'individu.

Les causes principales de la dégénérescence chez l'homme sont, les unes *pathologiques* (maladies nerveuses et mentales ; intoxications diverses, alcoolisme, syphilis, saturnisme ; infections, tuberculose, affections microbiennes) ; les autres, *climatologiques* (nourriture défectueuse, influences de milieu, air vicié, etc.); les troisièmes, *sociologiques* (consanguinité, misère, débauche, etc.).

Au nombre des *stigmates physiques* de la dégénérescence figurent, au premier titre, les anomalies de forme et de volume du crâne et de la face (asymétries osseuses), le prognathisme, les malformations des oreilles, les difformités des membres, les doigts supplémentaires, etc.... Parmi les *tares psychiques,* on est convenu de classer les anomalies de l'intelligence, du caractère et du sens moral, ainsi que certains désordres fonctionnels, (*stigmates physiologiques de dégénérescence*[2]).

Les recherches que nous avons entreprises sur les tics et les stéréotypies des équidés[3] nous ont révélé l'existence, chez le cheval, de stigmates physiques et psychiques absolument identiques à ceux de l'espèce humaine, et nous ont suggéré l'idée de

1. — V. Morel : *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine,* 1847. — Magnan : *Leçons cliniques sur les maladies mentales,* 1882-1891. — Magnan et Legrain : *Les dégénérés,* biblioth. Charcot-Debove, 1895. — Jules Voisin : *L'idiotie : hérédité et dégénérescence mentale, psychologie et éducation de l'idiot,* 1893.

2. — J. Séglas : In Séméiol. des affections mentales, G. Ballet, p. 104 et suiv. — L. Mayet : Les stigmates anatomiques et physiologiques de la dégénérescence et les pseudo-stigmates anat. et physiol. de la criminalité. (*Th. de Lyon,* 1902), Storck, édit.

3. — Fernand Rudler et C. Chomel : Le tic de l'ours chez le cheval et les tics d'imitation chez l'homme. (*Revue neurol.,* 15 juin 1903, et *Bulletin de la Société centrale de méd. vétérinaire,* octobre 1903. — Tics et stéréotypies de léchage chez l'homme et chez le cheval. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière,* n° 6, 1903.) Congrès de Bruxelles, 1903.

tenter une étude d'ensemble des *stigmates de l'hérédité morbide de l'animal,* et plus spécialement du cheval. Nous n'envisageons, dans ce travail, que l'*étude clinique* de ces stigmates et nous exposerons successivement les malformations physiques, les symptômes somatiques ou stigmates physiologiques et les troubles psychiques de la dégénérescence.

Nous avons emprunté à M. J. Séglas la méthode descriptive adoptée par cet auteur dans sa « Séméiologie des affections mentales [1] »).

Cet emprunt paraîtra d'autant plus justifié que cette étude, absolument originale, doit être considérée comme le premier essai d'une séméiologie des affections mentales du cheval », et qu'elle complètera le remarquable chapitre de médecine vétérinaire de M. Cadéac sur la séméiologie du système nerveux des animaux [2].

— I —

SIGNES MORPHOLOGIQUES OU STIGMATES PHYSIQUES DE DÉGÉNÉRESCENCE

Les *malformations physiques* sont, chez l'homme, « comme la révélation extérieure du développement défectueux de l'organisme » (Magnan).

Il en est de même pour l'animal, en particulier pour le cheval.

La médecine vétérinaire offre un champ très étendu et des documents très variés pour l'étude des malformations physiques et de la physionomie animale (Ouvrages d'*Extérieur* et traités d'*Hippologie).* Il y a lieu d'envisager avec M. J. Séglas, dans l'examen morphologique, *les caractères descriptifs* ou recherche des anomalies, d'une part, et les *mensurations, examen hippométrique* dans l'espèce, basées sur l'anatomie de la mesure.

Les premiers principes d'esthétique animale, dont l'origine paraît remonter à l'école de Pithagore, ont été formulés par

1. — J. Séglas : *De l'examen morphologique chez les aliénés et les idiots.* Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Salpêtrière, 1887-94, recueillies et publiées par le Dr Henry Meige. Asselin-Houzeau, 1895, p. 683 et suiv.

2. — Cadéac : *Encyclop. Séméiol.,* t. II.

Simon d'Athènes, Xénophon et Galien. Depuis les « Éléments d'Hippiatrique » de Bourgelat (1751), les recherches sur les formes extérieures du cheval et l'étude de la mécanique animale se sont multipliées et perfectionnées. — Dans le même ordre d'idées on peut citer, en médecine humaine, les observations de Palémon, d'Adamantius, le traité des *Caractères* de Théophraste, les quatre livres du Physicien Porta sur la physionomie humaine, les travaux de Cuvier, de Camper, le traité de physiognomonie de Lavater, les recherches de Gall[1].

L'étude des mensurations crâniennes, faciales et corporelles, n'est pas nouvelle en médecine vétérinaire, où la crâniométrie a été introduite par Sanson ; elle est longuement développée dans le magistral traité de Zootechnie générale de Cornevin[2].

Mais les malformations physiques, reconnues par l'examen direct ou par l'hippométrie, n'ont jamais été considérées comme des stigmates de dégénérescence. Aussi, ces études sont-elles restées purement théoriques. Et tandis qu'en médecine humaine la connaissance des stigmates physiques de l'hérédité morbide prenait une importance pratique considérable du fait de l'identité de ces signes anatomiques avec les « pseudostigmates anatomiques de la criminalité » *(Th. de Lyon,* Mayet) décrits par Lombroso et l'école italienne, les études vétérinaires sur l'*Extérieur* restaient, au contraire, exclusivement descriptives et spéculatives. Nous essaierons d'établir que ces malformations, qui s'accompagnent le plus souvent de symptômes somatiques et psychiques, ont une signification pratique en hippologie et en zootechnie, et que, tout aussi bien que l'aérophagie dans le tic, elles peuvent constituer un *vice rédhibitoire.*

Les malformations physiques sont à envisager successivement sur le crâne, la face, les organes des sens, le tronc et les membres, les organes génitaux, la peau et les appendices cutanés.

Crane. — Les procédés d'investigation employés en crâniométrie humaine (inspection, palpation et mensuration), perdent de leur valeur, en vétérinaire, du fait de la difficulté que l'on éprouve à prendre des mensurations extérieures « les dimensions réelles

1. — Cités par C. Chomel : Les formes asymétriques et leur valeur diagnostique. *(Rép. Méd. vétér.,* février 1904.)

2. — Cornevin : *Zootechnie générale,* Paris, 1891.)

de la boîte encéphalique étant masquées par les cornes, par les sinus frontaux et pariétaux [1].... ».

On a décrit néanmoins des *anomalies de volume* : la *microcéphalie* chez le cheval, l'*hydrocéphalie* chez le poulain (crâne volumineux, en forme de boule avec « une face très longue et un chanfrein très saillant », Cadéac, *Encyclop.*, t. VIII, p. 134 — des *anomalies de forme* variables ; la mieux connue correspond à la *plagiocéphalie* (crâne aplati, fortement asymétrique) rencontrée par Bassi et Trinchera sur les chevaux épileptiques et par nous sur certains chevaux tiqueurs. « Dans tous les cas observés [2], l'asymétrie n'était pas limitée aux os pariétaux, mais elle s'étendait encore à la partie correspondante du frontal ; elle consistait en une proéminence d'une moitié latérale du crâne, la droite chez les uns, la gauche chez les autres. »

Il semble, d'après ces faits, que la difficulté de pratiquer des mensurations sur l'animal ne peut gêner que la recherche des anomalies de volume du crâne et que celles-ci n'auront d'importance que lorsqu'elles seront absolument évidentes ; mais elle n'empêche nullement l'observation d'anomalies de forme et celles-ci ont acquis, à la faveur de recherches récentes, la signification de véritables stigmates anatomiques de dégénérescence puisqu'elles peuvent être l'indice de troubles psychomoteurs (tics et stéréotypies) ou de névroses (épilepsie). Et voici dix nouveaux cas d'asymétrie crânienne, dépression d'un pariétal, observés par A. Pastore et E. Bertetti sur des chevaux atteints de troubles psychiques variés [3], qui indiquent bien que les malformations du crâne peuvent être sous la dépendance de vices de développement du cerveau.

Les déformations accidentelles du crâne résultent le plus souvent de compressions mécaniques du jeune âge ; on est mal fixé sur les conséquences lointaines de ces traumatismes.

Face. — Les asymétries de la face ne sont pas rares, asymétries de forme, de direction, de dimensions. Elles ne sont pas

1. — Cornevin, *loc. cit.*, p. 504.

2. — Bassi in Cadéac : *Encyclop.*, t. VIII, p. 452.

3. — Dott. Alfredo Pastore, de Borgoticino. Di alcuni casi di asiumetria del cranio osservati in cavalli affetti da disordini funzionali psychici di vario gennere, in *Il moderno Zooiatro*, 4 février 1904. — Bertetti Emmanuel, *Giorn. della reale Societa veterinaria*, in Bull. vét., 16 mai 1904.

dues uniquement au croisement, car, suivant Cornevin[1] « elles se perçoivent sur des sujets que tout permet de considérer comme de pure race ».

L'*inspection* permet de constater l'abaissement d'un œil, la déviation du nez, l'irrégularité du visage, de la bouche, la forme de la mâchoire inférieure, et ces signes, relevés par nous chez les équidés tiqueurs, répondent bien, chez le cheval, à ce que Lasègue a défini le « strabisme du visage[2] ». Le prognathisme existe chez certains animaux, en particulier chez le chien ; nous avons noté plusieurs fois chez le cheval le défaut de parallélisme des arcades dentaires.

La *palpation* indique si l'asymétrie appartient aux parties molles ou au squelette ; cette dernière seule est à retenir.

Les *mensurations faciales* acquièrent, en zootechnie, une certaine importance de ce fait que la face, chez les mammifères tout au moins, a beaucoup plus d'étendue que le crâne. Il n'est d'ailleurs question d'asymétries pathologiques que dans les études récentes sur les tics des équidés.

Organes des sens. — 1. Oreilles. — L'examen de l'oreille révèle chez l'homme une infinité de malformations qui ont été décrites avec un grand luxe de détails par Morel, Séglas et Féré[3], Schwalbe[4]. Il semble résulter toutefois des travaux les plus récents (Séglas et Féré, A. Lévy et F. Rudler[5]) que la fréquence excessive des variations morphologiques de l'oreille chez des individus sains et normaux enlève en grande partie à ces anomalies l'importance que leur attribuait Morel.

Les irrégularités de forme de l'oreille externe ne sont pas rares chez l'animal, l'asymétrie s'observe dans toutes les espèces. Cornevin[6] signale l'absence de l'arrêt de développement de l'une des conques auriculaires, des anomalies de dimensions, de direction, etc....

1. — Cornevin, *loc. cit.*, p. 487.
2. — In L. Mayet, *loc. cit.*, p. 45.
3. — Féré et Séglas : *Rev. anthropol.*, 1886. — J. Séglas : *Leçons mentales et nerveuses,* XXII[e] leçon, p. 710, et in G. Ballet, page 87.
4. — Schwalbe : *Arch. de Neurologie,* 1890, p. 56, in Séglas : *Leçons mentales et nerveuses*, p. 713.
5. — Albert Lévy et F. Rudler : *De la fréquence des stigmates physiques et physiologiques de la dégénérescence chez l'homme normal et leur valeur médico-légale.*
6. — Cornevin, *op. cit.*, p. 525.

Peut-être serait-il plus instructif de rappeler ici la valeur séméiologique de certains troubles fonctionnels du pavillon de l'oreille. Le cheval mou, apathique, a l'oreille tombante ; le cheval méfiant, hargneux, couche souvent les oreilles ; celui qui est peureux, craintif, ou atteint de cécité, les a constamment en mouvement ; on a remarqué, au contraire, leur immobilité chez les sourds.

2. Yeux. — La proéminence des arcades orbitaires, l'ouverture plus ou moins grande de la fente palpébrale, les anomalies de forme et de volume des paupières, la saillie plus ou moins accusée du globe oculaire (œil de bœuf), constituent des malformations qui peuvent être acquises ou congénitales.

Il faut signaler encore l'inégalité pupillaire, les anomalies de coloration (*œil vairon*, résultant du défaut de coloration de l'iris, iris gris avec taches bleuâtres — *œil fauve* dont l'iris revêt une teinte fauve ou lie de vin) ; les cataractes congénitales.

3. Nez. — La mesure de l'*indice nasal* est pratiquée sur l'animal ; la classification en platy, méso et leptorhiniens est également connue en médecine vétérinaire. La déviation du nez, l'asymétrie des nasaux s'observent dans le tic de l'ours.

4. Bouche. — Les déviations de la lèvre supérieure et la chute de la lèvre inférieure doivent être considérées, dans certains cas, comme des stigmates anatomiques de dégénérescence. L'asymétrie des arcades dentaires est fréquente chez le cheval.

Les anomalies dentaires sont communes chez les équidés qui présentent des troubles psychomoteurs (tics et stéréotypies). On constate, chez eux, des anomalies de structure (dents érodées), de forme (surdents), de direction et d'évolution ; des anomalies de nombre, et de même qu'il existe des augmentations numériques, il y a parfois absence de certaines dents ; ce fait, connu en médecine humaine, a été observé chez l'animal par Cornevin[1] qui « a suivi sur une famille de chevaux l'absence héréditaire très constante de la dent mitoyenne gauche ».

L'usure et la carie dentaires des chevaux tiqueurs reconnaissent manifestement une cause mécanique ; comparables à l'usure dentaire des paralytiques généraux qui ont du mâchonnement ou

1. — Cornevin, *op. cit.*, p. 364.

à celle des chevaux qui font magasin (séjour des matières alimentaires dans la poche de la joue), elles ne sauraient constituer des troubles de nutrition comme la carie dentaire précoce des idiots ou des morphinomanes [1].

On peut considérer comme des stigmates physiologiques de la bouche [2] l'acte de *fumer la pipe* (cheval qui tient sans faire aucun mouvement quelques brins de fourrage entre les lèvres), acte pathologique souvent lié au syndrôme *immobilité* — et la *bouche égarée,* symptôme observé chez des sujets nerveux, au caractère violent (tel *Apremont,* fils d'*Alerte).*

En résumé, l'*examen d'ensemble de la tête* n'a, au point de vue morphologique, qu'une valeur relative. Entre le cheval à physionomie éveillée et celui qui est dépourvu d'expression, il existe une foule de types intermédiaires qui ne peuvent nous intéresser que s'ils offrent des traits anormaux, de l'asymétrie faciale ou crânienne. Les *caractères spécifiques distinctifs des races* (brachycéphalie, dolichocéphalie) n'ont, en psychiatrie, que peu d'importance. Il existe, par contre, des phénomènes d'asymétrie du crâne ou de la face, des malformations de la mâchoire inférieure, du nez, des dents qui, rencontrés sur des chevaux atteints de troubles psychiques variés (chevaux épileptiques, chevaux tiqueurs), représentent, chez l'animal aussi bien que chez l'homme, *des stigmates anatomiques de dégénérescence.*

Les signes fournis par la tête doivent primer les autres caractères d'asymétrie corporelle, car la tête donne bien pour le cheval, suivant l'heureuse expression de de Curnieu, « la clef de son individualité ».

Tronc et membres. — L'examen du tronc et des membres peut être fait au double point de vue hippométrique et descriptif [3].

1. Examen hippométrique. —

Il comporte la recherche de points de repère et les mensurations pratiquées à l'aide de ces différents points. MM. les professeurs Tabourin et Baron, MM. Joly et de Gasté ont fourni des indications précieuses sur le sujet; Cornevin consacre un chapitre intéressant aux caractères

1. — J. Séglas, in G. Ballet, p. 97.

2. — Nous avons placé à dessein les troubles fonctionnels des oreilles et de la bouche au chapitre des stigmates anatomiques, pour ne pas créer trop de divisions dans cette étude.

3. — Cf. Séglas, in G. Ballet, p. 98.

ethniques fournis par le tronc et par les membres ; tout récemment enfin, l'un de nous [1], en collaboration avec M. Marey-Monge, a pu préciser les données suivantes :

Points de repère : Membre antérieur : Crête sus-épineuse (épaule) ; scissure de l'os crochu (genou) ; ligne du bourrelet (pied).

Membre postérieur : Angle externe de l'ilium (hanche) ; ligne du bourrelet (pied).

Mensurations : Membre antérieur : De la crête sus-épineuse à l'os crochu ; de l'os crochu au bourrelet du pied.

Membre postérieur : De l'angle externe de l'ilium au bourrelet du pied.

Ces mesures doivent être prises des deux côtés, par comparaison, et peuvent s'appliquer à d'autres régions du corps (pieds, articulations, longueur de croupe, flanc).

A vrai dire, ces mensurations n'ont pas grande valeur au point de vue spécial qui nous occupe ; elles ne peuvent, en l'espèce, que contrôler et préciser les indications fournies par l'examen descriptif qui a pour but de mettre en relief les anomalies et asymétries.

2. Examen descriptif. —

L'asymétrie thoracique n'est pas facile à constater chez le cheval. Mais le manque d'ensemble ou de proportion entre l'avant-main et l'arrière-main est fréquent (cheval Normand, descendance du pur sang The Flying Dutchmann). Les dépressions thoraciques ne sont pas rares. On rencontre parfois une ossature exagérée (telle *Little Agnès* par Sauterer et Wild Agnès), des branches tellement saillantes que, d'après le dicton, on pourrait y accrocher un chapeau. La grande silhouette de *Monarque* se retrouve dans toute sa descendance. Les déviations de la colonne vertébrale sont exceptionnelles, mais la saillie exagérée des apophyses épineuses a été constatée (*Carlos* par Hospodar et Carlotta).

Du côté des membres, il existe une foule de difformités congénitales. Dans le tic de l'ours, on a observé l'asymétrie de l'épaule et de la hanche [2].

Les vices de conformation des membres sont fréquemment héréditaires. Ils se sont reproduits avec une désespérante régularité dans toute la descendance de Bilbery, cheval de pur sang (Bivouac, Bilboquet, Billet doux, Biscaïen).

Le *genou plié, fléchi en avant* (cheval brassicourt) est assez souvent

1. — C. Chomel : *Répert. Méd. Vétér.*, 15 février 1904.

2. — L'affaissement de l'angle interne de l'ilium a été décrit pour la première fois par Joly (*Rev. Gén. Méd. Vét.*, 1903).

congénital. On retrouve cette particularité plus ou moins accentuée chez tous les fils de West Australien en particulier sur Jéricho (par West Australien et Juanita).

Le *genou étranglé à la base* coïncidant fréquemment avec un *tendon failli* est une anomalie commune chez les descendants de Flying Dutchmann (surtout Maravédis II, par Dollar et Villefranche) et de Clover. La jument de pur sang la Revanche (par Light et Sentence) était remarquable sous ce rapport.

Le *genou étroit, mince quoique empâté* ou *genou de veau* est également héréditaire (Smyrne par Muscovite et Rule Britannia).

Le *genou effacé, renvoyé* se reproduit très souvent. De même la *mauvaise conformation des jarrets,* constatée dans la filiation de Gladiator.

L'hérédité des tares osseuses du jarret, de l'*éparvin,* du *jardon,* de la *jarde* est aujourd'hui démontrée ; seules les lésions tendineuses ne paraissent pas transmissibles.

Les défectuosités du boulet (étroit, mince, droit, etc.) sont héréditaires (Atlas, frère de Bois-Roussel); — de même les *articulations molles* (descendance de Gladiateur, spécialement Ravigo, par Gladiateur et Alerte); — de même aussi les *formes,* tares osseuses résultant de l'ostéite phalangienne; le cheval Président présentait au membre postérieur gauche une forme qu'il tenait de son père Florin ; Jacoulet fait connaître l'histoire de la jument Houlette, petite fille d'Archiduc, étalon de pur sang « ardent propagateur des tares osseuses qu'il possédait » ; — de même enfin un grand nombre de *malformations* ou lésions du pied (encastelure, fourbure congénitale, crapaud). Les recherches de G. Joly sur la *solipédisation des équidés* dans les temps actuels ont permis de constater parfois l'*ectrodactylie* (diminution du nombre des os, la *syndactylie* (réunion ou soudure des métacarpiens), la *macrodactylie* (surproduction osseuse), la *mégalodactylie* (volume exagéré des métacarpiens supplémentaires [1]).

Organes génitaux. — Les anomalies des organes génitaux du mâle signalées par Cadéac [2] sont : les imperforations de l'urèthre (hypospadias et épispadias), le phimosis, enfin l'anorchidie, la monorchidie et la cryptorchidie. La cryptorchidie peut être héréditaire ; l'étalon de pur sang Master Wagg, cryptorchide à gauche, a engendré quatre chevaux cryptorchides dont la Clôture, devenu célèbre par le procès en nullité de vente auquel il donna lieu de la part de l'administration des Haras qui l'avait acheté comme reproducteur [3].

1. — La polydactylie a été observée par B. E. Soulton sur sept générations de chats (in Cornevin, p. 363).
2. — Cadéac, *Encyclop. Séméiologie,* t. II, p. 51 et suiv.
3. — Jacoulet et Chomel : *Traité d'Hippologie,* t. I, 2e édit., p. 317.

Les vices de conformation des organes génitaux de la femelle ont été peu étudiés chez les animaux ; ils n'ont d'ailleurs, pour elle pas plus que pour le mâle, jamais été rapportés à la dégénérescence.

Peau et appendices cutanés. — Les caractères ethniques fournis par les phanères et la coloration ont été l'objet d'un chapitre fort documenté de Cornevin [1] qui signale des « troubles de la coloration dits trophiques d'origine nerveuse », l'albinisme des mammifères, etc....

— II —

SYMPTOMES SOMATIQUES OU STIGMATES PHYSIOLOGIQUES DE DÉGÉNÉRESCENCE

J. Séglas décrit sous le titre de *Symptômes somatiques* « les désordres fonctionnels observés dans le domaine des différents appareils organiques chez les aliénés [2] ». Cette dénomination correspond aux *Stigmates physiologiques de la dégénérescence* de Lucien Mayet [3].

Le cheval présente également des symptômes somatiques qui, dans quelques cas (tics et stéréotypies), ont paru liés à des troubles psychiques. Il importe donc de grouper ces symptômes et d'en rechercher la valeur séméiologique.

A) SYSTÈME NERVEUX [4]

1. Motilité. — Les troubles de la motilité ne sont pas rares chez le cheval. Ils comprennent : les *mouvements de défense permanents* (cabrer, ruade, les *allures irrégulières* non acquises (traquenard, saut de pie, aubin, amble, pas relevé) et les *défectuosités d'allures* (bercement latéral, action de faucher, de billarder, de raser le tapis, de forger, de croiser les membres

1. — Cornevin, *op. cit.*, p. 447.
2. — J. Séglas, in G. Ballet, p. 104.
3. — Lucien Mayet : *Th. de Lyon*, p. 85.
4. — Cf. classification de J. Séglas.

en marchant). Parmi ces mouvements désordonnés, les uns relèvent de défauts physiques, ils ne nous intéressent pas; d'autres sont sous la dépendance de désordres de l'innervation, ceux-là méritent notre attention.

Le *cabrer,* le *lancer,* l'*action de pointer,* le *bond intempestif,* la *ruade,* en tant que manifestations spontanées, répétées, indépendantes de mouvements de défense, sont l'une des formes les plus fréquentes de la *rétivité* chez les chevaux irritables et doués d'un tempérament très nerveux. Or la rétivité est un vice, un *état morbide continu de la volonté* qui peut relever d'anomalies congénitales.

Les *allures irrégulières* sont presque toujours le résultat d'une mauvaise éducation, du surmenage de l'animal, de la vitesse excessive qu'on exige de lui; en cela elles ne relèvent pas de la dégénérescence. Mais ce mauvais emploi, cet abus des forces du cheval sont « regrettables au point de vue du développement des qualités natives d'un bon nombre de nos chevaux de demi-sang et de l'*influence héréditaire* qu'un tel résultat peut avoir à échéance éloignée [1] ».

Les *défectuosités d'allures* (action de billarder, de faucher, etc...), ont moins de valeur, en ce qui nous concerne, que l'action de *trottiner* et d'autres *troubles psychomoteurs* observés fréquemment chez les tiqueurs : *tics, stéréotypies,* caractérisés par l'instabilité motrice sous toutes ses formes, du trépignement, des mouvements d'impatience, d'inquiétude de la tête, des actes de mordillement, de mâchonnement,... de l'agitation, de l'affolement en présence de la barre, toutes manifestations motrices unies chez les tiqueurs à des troubles psychopathiques nettement accentués.

On pourrait désigner les troubles de la motilité ainsi groupés sous le titre général de *perturbations de la psychomotricité,* ce terme appliqué à la définition des tics humains par MM. Brissaud, Meige et Feindel indiquant suffisamment par lui-même que nous considérons, dans tous les cas, le trouble moteur comme lié indissolublement au trouble mental.

Il existe d'autres troubles des fonctions motrices connus de longue date en médecine vétérinaire. Suivant l'expression de

1. — Jacoulet et Chomel, *op. cit.,* t. I, p. 462.

Séglas[1] « ils s'observent d'ordinaire sous toutes les formes décrites en neuropathologie : paralysies, spasmes, contractures, convulsions, tremblements »... Décrits très complètement chez l'animal par Cadéac[2], ils reconnaissent les causes les plus diverses et peuvent être créés de toutes pièces par l'intoxication alcoolique ou aromatique[3], mais ils relèvent parfois, et exclusivement, de psychoses ou de névroses et, à ce titre, constituent des signes de dégénérescence.

2. Activité réflexe. — L'étude de l'activité réflexe paraît peu avancée en pathologie animale. Des recherches récentes[4] sur des chevaux atteints de troubles psychomoteurs laissent supposer que les réflexes sont peu altérés dans les processus psychopathiques.

Les *réactions pupillaires* sont difficiles à saisir chez le cheval. Les *réflexes cutanés et muqueux* sont normaux dans les tics. Les tiqueurs n'offrent pas de *réflexe caudal,* mais l'*épreuve du dynamomètre caudal* indique une diminution très grande de la résistance au soulèvement de la queue. Le *réflexe lombaire* est généralement exagéré dans le tic de l'ours, mais on n'observe rien d'anormal dans la recherche des *réflexes tendineux du pied,* des réflexes *idio-musculaires* ou *cardio-vasculaires.*

Il y a là un chapitre de neuro-pathologie que nous n'avons pu qu'ébaucher et qui est à constituer à peu près en entier.

3. Troubles de la Sensibilité. — Les troubles de la sensibilité générale sont considérés comme très fréquents chez les dégénérés humains, ceux du moins qui présentent les degrés les plus inférieurs de la dégénérescence.

La médecine vétérinaire offre peu de documents sur ce sujet; tout au plus pouvons-nous signaler, au point de vue de la sensibilité cutanée : l'*hyperesthésie* du bout du nez à la piqûre dans le tic de l'ours, l'*anesthésie* du nez, des lèvres et des barres dans les stéréotypies de léchage, de l'*hypoesthésie cutanée* dans les tics en l'air et à l'appui.

1. — J. Séglas, in G. Ballet, p. 105.
2. — Cadéac : *Encyclop. Séméiol.,* t. II.
3. — C. Cadéac et Albin Meunier : *Contribution à l'étude de l'alcoolisme.* Paris, 1892.
4. — F. Rudler et Chomel : *Études sur les tics.*

4. Troubles trophiques et vaso-moteurs. — Bien peu étudiés encore chez l'animal, ils ne peuvent être mis en parallèle avec les grands syndrômes décrits chez l'homme. Nous avons signalé quelques modifications de la *sécrétion sudorale,* hyperhydroses locales ou généralisées, et de la *sécrétion cornée* chez quelques chevaux atteints de tics ou stéréotypies.

B) FONCTIONS GÉNÉSIQUES

Il existe, chez l'animal, des troubles de la fonction génitale qui, dans certains cas, reconnaissent une cause exclusivement psychique. Tels le *satyriasis* chez l'étalon, la *nymphomanie* chez la jument pouvant déterminer à la longue un état général des plus défectueux décrit, en médecine vétérinaire, sous le nom de *tic testiculaire* et de *tic ovarique.*

C) FONCTIONS DIGESTIVES

L'*aérophagie* ou *aéropinie* (Goubaux) est le principal trouble des fonctions digestives qui puisse être rattaché aux phénomènes de dégénérescence, parce qu'il constitue l'élément moteur, l'effort convulsif de déglutition, d'un trouble psychomoteur, le tic proprement dit avec ou sans usure des dents, le *tic rédhibitoire.* Les tics aérophagiques de l'homme ont été décrits par Pitres et par Séglas ; l'étude du syndrôme aérophagie, *névrose du pharynx,* est due principalement à Bouveret [1] ; mais ces recherches sont bien postérieures à celles faites, en vétérinaire, par Reynal, Goubaux, Barrier, Farges, Cadéac, etc... Nous reprendrons cette étude des tics aérophagiques du cheval et nous espérons démontrer que les tics en l'air et à l'appui sont, comme le tic de l'ours et les stéréotypies de léchage, des troubles psychomoteurs, et constituent, du fait même, un *syndrôme de dégénérescence* [2].

1. — Pitres : *Gaz. Méd.,* 1888, et Séglas, *Sem. Méd.,* 11 janvier 1899, in H. Meige et Feindel : *Les Tics et leur traitement,* p. 338 et suiv. ; Bouveret : *Rev. de Méd.,* 1891 ; Voir bibliogr. dans l'article de MM. Armand et Sarvonat : *Arch. génér. de Méd.,* 12 avril 1904.

2. — Nous acceptons sans restriction les observations de MM. Meige et Feindel *(op. cit.,* p. 51), sur les rapports des tics avec la dégénérescence mentale, et en indiquant que les tics aérophagiques peuvent être considérés « comme une des multiples manifestations de cette dégénérescence », nous entendons simplement que « le qualificatif de *dégénéré* est applicable au tiqueur », sans avoir la prétention de donner une explication pathogénique du tic par cette unique notion de dégénérescence.

Le *météorisme* ou *pneumatose intestinale* est également un trouble digestif lié aux tics aérophagiques.

Les *perversions digestives* les plus communes chez le cheval sont le *pica continu* et la *malacia;* elles n'ont jamais été rapportées à des causes psychiques. La *sitiophobie* a été observée par nous sur le cheval « Rasoir » à titre de symptôme passager. Ces aberrations du goût, de même que les perversions de l'appétit [1], sont étudiées par Cadéac comme symptômes de maladies de la nutrition et du tube digestif.

D) RESPIRATION

Le *cornage chronique* est généralement dû à un rétrécissement congénital des voies respiratoires; la *pousse* est « l'expression d'une insuffisance de la respiration liée à toutes les affections chroniques du poumon et du cœur » (Cadéac). Ces deux syndrômes ne sauraient constituer des stigmates physiologiques de dégénérescence.

— III —

STIGMATES PSYCHIQUES

Nous avons défini dans notre étude des tics et stéréotypies de léchage chez l'homme et chez le cheval, ce qu'il faut entendre par le *psychisme de l'animal.* Le cheval possède, avons-nous dit, une écorce cérébrale qui lui permet d'exécuter une série d'actes intellectuels qui, pour être très simples et susceptibles seulement d'un perfectionnement très limité, ne sont pas moins facilement reconnaissables et se distinguent nettement des actes purement réflexes d'origine bulbo-médullaire. Nous avons relevé, dans l'étude du tic de l'ours, des *actes volontaires,* des *actes d'imitation, phénomènes psychomoteurs,* qui impliquent nécessairement la mise en jeu de centres supérieurs d'association et de coordination et qui ne peuvent s'expliquer que par la participation de l'écorce cérébrale.

1. — Cadéac : *Sémiol,* t. I, pp. 54-55 et suiv.

Les symptômes psychiques des héréditaires sont représentés chez l'animal comme chez l'homme, par des *altérations du caractère, des perturbations de l'intelligence et de la volonté.* La *tare psychique,* qu'elle soit due à la diminution de la synthèse psychique, à la prédominance des instincts ou à toute autre cause, coïncide alors avec une hérédité chargée et avec des stigmates physiques de dégénérescence.

Les stigmates héréditaires feront seuls l'objet de cette description ; nous négligerons volontairement les *quelques stigmates psychiques symptomatiques* de maladies aiguës, fort rares d'ailleurs et très peu connus en médecine vétérinaire, et l'*hypnotisme* des animaux [1], état psychique artificiel provoqué par des actes d'inhibition mentale.

1. Les troubles de la mimique, ou troubles *psychiques émotifs* se traduisent, chez le cheval, par de l'agitation, de l'égarement, de la défiance, des phobies visuelles et auditives, de l'apathie et du dégoût pour l'exercice. Au cheval décrit par Job, Toussenel, Buffon, qui cherche à comprendre l'homme, qui obéit à tous ses ordres et paraît partager ses sentiments, ses enthousiasmes, le *dégénéré psychique* oppose au contraire des résistances, une attitude menaçante, féroce et sauvage parfois, inintelligente et stupide.

Cette mimique traduit, croyons-nous, l'extrême mobilité des sentiments et des idées ; elle s'exprime par l'incoordination et la grande variété des mouvements. Une sudation excessive pour un travail insignifiant, l'habitude de se coucher souvent sont les corollaires de cette agitation insolite et ces efforts répétés et sans but rendent le cheval d'un entretien difficile. L'agitation est un trouble psychique fréquemment observé chez les chevaux tiqueurs.

2. Actes impulsifs. — Ils résultent chez le cheval de la désagrégation psychologique et sont déterminés par la peur, la haine, la colère. Pour que ces actes revêtent les caractères d'un véritable trouble psychique, il faut qu'ils soient fréquents, irrésistibles et sans utilité. Certains chevaux tiqueurs font sans cause provocatrice des bonds, des efforts prodigieux, *trottinent*

1. — Chomel : Le Magnétisme animal. *(Répert. de Méd. Vét.,* octobre, novembre, décembre 1903.)

constamment; les uns mordent, mâchonnent, d'autres ruent, frappent du pied à tout propos, s'emballent dans un véritable état d'obnubilation intellectuelle, inconsciemment, au mépris de tout danger. Ils s'affolent en présence de la barre, bourrent, sont très *chauds à l'obstacle,* font des bonds intempestifs après le saut. L'*impatience* se traduit encore par des hochements de tête, des trépignements. Ces mouvements, ces actes impulsifs ont pour caractères distinctifs leur instantanéité, leur violence, leur apparition sous forme de crises, leur brutalité.

Les actes impulsifs des équidés psychopathes, leurs troubles émotifs se complètent par des troubles correspondants du caractère et de la volonté. On peut citer de nombreux exemples d'actes impulsifs relevant de la *volonté motrice.*

Le cheval de sang *Faublas* (par Orphelin et Miss Finch), avait hérité de sa mère un caractère très difficile, et on lit dans son histoire qu'avant de lutter sur l'hippodrome « il se battait un peu lui-même ». On attribue au sang d'*Argonaut* le fait que la plupart de ses descendants ont vécu sous l'influence « d'une violence et d'une exaspération épidémiques » (d'Etreillis). L'extrême violence d'*Apremont* (par Cobnut et Alerte) avait rendu ce cheval à ce point redoutable que « bien peu de jockeys se sentaient en confiance sur son dos ». Il en a été de même pour *Roncevaux* dont l'emballement sur l'obstacle était légendaire. Enfin, *Anglo-Saxon,* cheval de pur sang, était sujet à « de véritables accès de férocité ».

3. Hérédité nerveuse. — L'hérédité nerveuse *accumulée, capitalisée* chez le cheval, peut aboutir à une véritable psychose. Les manifestations de cette hérédité sont multiples et variées depuis un certain degré de sensibilité exquise, exagérée, jusqu'à l'irritabilité et au nervosisme le plus outré. A propos des stéréotypies de léchage des équidés, nous avons suffisamment distingué le *tempérament nerveux* ou ce qu'on appelle métaphoriquement le *sang* du *déséquilibre nerveux* observé chez les psychopathes. « L'expression de *sang, synonyme d'énergie,* n'a rien à voir, disions-nous, avec les états morbides continus du caractère, de l'émotivité et de la volonté que nous avons décrits chez les chevaux offrant des *perturbations de la psychomotricité.* » On trouve de nombreux exemples de cette *hérédité nerveuse* dans la carrière des chevaux de course, plus ou moins compromise du fait de cette tare psychopathique.

Tous les fils de *Monarque* (sauf Auguste), étaient si exagérément

nerveux que leur seul pédigrée était une mauvaise recommandation « pour être admis officiellement à l'honneur de la reproduction » (d'Etreillis). Le nervosisme pathologique de *Début* (par Fitz Gladiator et Dorade), fruit de l'hérédité maternelle, était considéré vers le milieu de sa carrière « comme une véritable infirmité ». Cette grande irritabilité se retrouve dans toute la descendance de *The Baron* et celle de *Deliane,* surnommée la *buveuse d'air,* qui causa de grosses déceptions à l'écurie Lupin. *Mlle de Chantilly* est un autre exemple célèbre de cette irritabilité qui ne fut pas étrangère à la médiocrité de ses premiers produits. La jument *Pythonisse* (Mlle Lupin), offrait des troubles psychiques tellement accusés qu'elle « ne pouvait pas courir souvent ». L'hérédité nerveuse est encore évidente pour *Madzja* (par Fitz Gladiator et Mimie), et la plupart des pouliches du sang d'*Hervine,* qui étaient « démesurément nerveuses et coururent mal ». Nous rappelons pour mémoire les chevaux *trop chauds* à l'obstacle, exagérément sensibles aux contacts cutanés... signalés dans nos études sur les tics.

4. Troubles de la volonté, du caractère. — Nous avons examiné aux *actes impulsifs* l'action de la volonté uniquement *motrice.* Il existe d'autres troubles qui se rapportent plus spécialement à « l'affaiblissement du pouvoir général de synthèse psychique ». Il peut y avoir diminution ou suppression de la volonté (aboulie), hésitation, paresse, impuissance dans les actes, ou bien caractère inégal, plus ou moins fantaisiste. Certains chevaux tiqueurs s'isolent difficilement d'une colonne, d'autres fléchissent brusquement sur leurs membres sous le coup d'une émotion vive. Il faut toutefois excepter de ce groupement l'air de nonchalance, d'indifférence et de lenteur, qui est assez commun chez les grands animaux.

Le *défaut de courage* qui fait dire que le cheval a *mauvais cœur,* qu'il *marche à regret,* est fréquemment héréditaire. Le courage n'était pas la qualité saillante des fils de Dollar. Le défaut d'action était assez connu dans la descendance de The Baron, de West Australien et dans celle des fils de Pretty Boy (d'Etreillis).

L'*inégalité du caractère* aboutit à une sorte de démence fonctionnelle héréditaire. Les produits du vieux Gladiator présentaient presque tous cette inégalité intermittente du caractère. On cite comme exemple *Gantelet* (par Tournamente et Garenne), superbe cheval qui, après avoir galopé magnifiquement, s'arrêtait court, à la course, au dernier tournant. L'inégalité se constate encore nettement dans la carrière de *Minerve* (par Orphelin et Hervine), et dans la descendance d'*Hervine,* tandis que c'est à un *défaut de volonté* qu'il faut rattacher ces « alternatives disparates » dont le contraste constitue l'ensemble de la carrière de *Mathilde* (par Ferruch Khan et Georgette), de *Finistère,* des descen-

dants de *West Australien*, de *Berryer* en particulier, dont M. d'Etreillis écrit « qu'il ne serait pas West Australien s'il n'était sujet à ces inégalités », enfin de *Pergola*, de *Salmigondis*, issus de The Baron.

Le *caractère fantaisiste* s'allie parfois à une grande *violence*, allant chez le cheval jusqu'à la défense et à la répugnance pour le mouvement. Ce caractère est assez commun chez les fils d'*Argonaut* et les fils de *Sockwell*. Le cheval *Kirghiz* (par Argonaut et Nava), qu'on conduisait sur l'hippodrome avec un luxe inusité de précautions, entrait, dit-on « dans un état d'exaspération voisin de la folie ». La jument *Finistère* offrait aussi une résistance obstinée qui a fait dire à son entraîneur C. Pratt : « Elle vient quand elle veut, et si on la contrarie, elle ne vient pas du tout. » *Baronello* qui, en 1864, battit Bayard et Fille de l'Air, avait aussi un caractère diabolique qui influa désavantageusement sur toute sa carrière de course. On retrouve plus ou moins ce caractère *instable, fantaisiste*, chez tous les descendants de *Partlett*, célèbre jument de pur sang (Partisan, Perle, Plutus, Mercédès, Jeune Première, Parisienne) qui tous « ont, à des degrés différents, démontré en même temps une qualité positive et une inégalité constante » (d'Etreillis).

Méchanceté, Rétivité. — La méchanceté et la rétivité permanentes constituent des troubles psychopathiques.

« La méchanceté est quelquefois une manifestation héréditaire ou le résultat d'une impressionnabilité excessive. La rétivité est un vice caractérisé par le refus d'obéir, fréquent chez les chevaux nerveux de race distinguée [1]. »

La méchanceté et la rétivité *précoces* sont héréditaires. Elles sont parfois tellement accusées qu'elles constituent un véritable vice rédhibitoire.

Joly cite le fait suivant d'après Bottex et Pierquin [2] : « Deux fermiers qui élevaient des chevaux de trait dans le Sarand, près Simandre, arrondissement de Bourg, vendirent en ma présence deux chevaux *rampins* [3]. Je leur demandai si ce défaut provenait des juments poulinières ou de l'étalon. Ils me répondirent que l'étalon était seul affecté de ce vice de conformation et qu'il était fort rare qu'il ne le communiquât pas. J'ajoutai alors qu'ils avaient grand tort de ne pas conduire leurs juments à un autre étalon. Ils répliquèrent qu'à la vérité il y en avait un autre dans le pays, et même fort beau, mais qu'il était vicieux et tous ses produits difficiles à dompter ; qu'ils préféraient s'exposer à avoir des chevaux affectés d'un vice de conformation qui ne nuisait pas beaucoup à la vente puisqu'ils n'élevaient que des chevaux de trait. »

1. — Cadéac : *Sémiol.*, t. II, pp. 123 et 126.
2. — G. Joly : *De l'intelligence du cheval*, 1890, p. 187.
3. — Cheval *rampin*, qui s'appuie en marchant sur ses pinces.

Et M. Joly ajoute : « Dans l'intention d'améliorer la race des chevaux en France, à différentes époques, des chevaux étrangers ont été achetés pour le compte du Gouvernement et répartis dans différents départements. L'un de ces étalons, qui était mecklembourgeois, fut placé chez M. Sanville, vétérinaire à Ambérieux, en Bugey. Comme en l'achetant on n'avait eu égard qu'aux qualités extérieures, il était très beau, mais rétif. J'ai eu l'occasion de voir plusieurs jeunes chevaux qui en provenaient ; presque tous étaient beaux et vigoureux, mais presque tous aussi d'une indocilité telle que, de très bons écuyers ne pouvant les dompter, les propriétaires étaient obligés de s'en défaire à des prix fort désavantageux. »

La méchanceté et la rétivité précocès et permanentes dénotent toujours une perturbation profonde dans la vie psychique des sujets qui en sont atteints.

5. Phobies. Hallucinations. — Les phobies visuelles et auditives sont fréquentes chez les équidés tiqueurs. Tel cheval redoute le chemin de fer et l'automobile sans jamais pouvoir se corriger, tel autre s'arrête brusquement et constamment devant un objet blanc, un troisième présente de la claustrophobie, etc. La crainte et certaines répulsions sont manifestes chez le cheval. Touchstone cite les subterfuges qu'on a du employer pour mettre en présence et faire reproduire *Monarque* (père de Gladiator) et *Miss Gladiator,* qui avaient l'un pour l'autre une véritable répulsion.

Les hallucinations du cheval sont sensorielles, visuelles, motrices, mais toujours de nature psychosensorielle. Sans parler des hallucinations produites expérimentalement par Cadéac et Meunier par l'alcoolisation des animaux, le *cheval emballé* offre la variété *psychomotrice* d'une hallucination qui éveille l'*idée de persécution ;* on ne connaît pas d'ailleurs les conditions psychologiques qui favorisent sa production.

En résumé, les stigmates psychiques de dégénérescence du cheval se rapportent : aux troubles de la mimique, aux actes impulsifs, à l'hérédité nerveuse accumulée (nervosisme), aux troubles de la volonté et du caractère, aux phobies et hallucinations.

Il n'y a pas lieu de s'étonner que nous empruntions à l'histoire des chevaux de pur sang la plupart des documents relatifs aux stigmates psychiques de dégénérescence du cheval. Ceci n'infirme en rien le bien fondé de la distinction que nous établissons

entre le tempérament nerveux des chevaux de sang et le *déséquilibre nerveux* des équidés psychopathes observé aussi bien sur les chevaux communs que sur des chevaux de race. Il est certain que les chevaux de sang offrent, plus que tous les autres, des tares psychiques ; mais, d'une part, celles-ci s'observent sur des chevaux d'armes communs et, d'autre part, tous les chevaux de sang ne sont pas des dégénérés. Ces derniers présentent plus d'exemples connus de dégénérescence psychique parce que leur valeur commerciale et les succès qu'ils sont appelés à recueillir sur les hippodromes font de ces coureurs et de ces reproducteurs des *individualités* possédant une histoire, quelquefois même une légende. Peut-être, enfin, existe-t-il chez le cheval des *dégénérés supérieurs* avec un maximum de stigmates psychiques et des *dégénérés inférieurs* avec un maximum de signes anatomiques.

Quoiqu'il en soit, il est à remarquer que les stigmates psychiques n'acquièrent leur signification, chez le cheval comme chez l'homme, qu'à la condition de n'être pas considérés isolément et, en quelque sorte, indépendamment des signes morphologiques de la dégénérescence. « Tout fait psychique, dit M. J. Séglas, tend à s'associer à ceux qui, avec lui, peuvent former un système. » Il nous reste à étudier dans leurs rapports les éléments de ce système, les trois groupes de signes anatomiques, physiologiques et psychiques de dégénérescence, et à établir leur valeur, relative ou absolue, au double point de vue pathologique et zootechnique.

* * *

Les stigmates de dégénérescence sont chez le cheval d'ordre anatomique, physiologique et psychique. L'histoire clinique des équidés dégénérés offre une identité parfaite avec celle des dégénérés, déséquilibrés, héréditaires humains.

Chaque signe de dégénérescence, pris individuellement, n'a de valeur que s'il est assez prononcé pour qu'on ne puisse discuter ni son existence, ni son caractère. « Toutes ces anomalies n'ont pas la même valeur, ce n'est qu'en étudiant leur nature et leur cause qu'on peut être éclairé sur leur véritable signification[1]. »

1. — J. Séglas, in G. Ballet, p. 103.

« D'autre part, comme ces stigmates peuvent manquer chez des *chevaux atteints de troubles nerveux ou psychomoteurs* ou se rencontrer souvent chez des sujets normaux, ce n'est que leur *accumulation* qui peut avoir de l'importance au point de vue de la détermination d'un état d'infériorité individuelle » (Séglas), en rapport avec une affection nerveuse ou mentale coexistante, tics ou épilepsie.

Sans nous arrêter aux causes de la dégénérescence étudiées ailleurs, nous ferons remarquer seulement que la dégénérescence est souvent, chez le cheval, la conséquence d'une aggravation progressive de génération en génération des tares transmises. A ce titre, et grâce à la sélection qui se fait chez les animaux, la race animale est moins dégénérée que la race humaine. Les stigmates de l'homme « croissent en intensité, en gravité et en nombre, des normaux aux aliénés, aux épileptiques et aux idiots » (Séglas). Nous rappellerons les stigmates des équidés épileptiques, mais il n'existe pas d'animaux idiots pour représenter le dernier degré de la dégénérescence chez l'animal; on ne saurait même, suivant la remarque judicieuse de M. J. Voisin, comparer l'intelligence des animaux avec celle des idiots, car l'animal a ordinairement un développement intellectuel normal.

Pour être moins fréquentes et moins accentuées que chez l'homme, les manifestations de la dégénérescence n'en existent pas moins au complet chez le cheval, ainsi qu'en témoignent les observations de chevaux tiqueurs et épileptiques. Nous n'avons pas craint, dans ce premier essai synthétique qui est tenté sur la dégénérescence chez l'animal, de nous exposer au reproche de Ball, qui estime qu'on a fini par créer, avec la dégénérescence, « une *sorte de remise* qui sert à loger, sans aucun effort d'esprit, tous les cas embarrassants ». Il importait de démontrer, par un grand nombre d'observations, la fréquence de stigmates variés de la dégénérescence chez les équidés. L'œuvre d'analyse et de critique fera sans doute sortir de cette *remise* beaucoup des faits que nous y avons momentanément placés, et cela n'a rien de surprenant puisqu'on discute encore, en médecine légale humaine, la valeur sémiologique de tous les symptômes équivalents ; mais aussi, et plus certainement encore, grâce à de nouvelles recherches, il sera possible de dresser l'*échelle des*

dégénérescences animales, bien autrement instructive que l'échelle intellectuelle des animaux, et la *liste des états dégénératifs* de l'animal comprendra alors des *visuels,* des *auditifs,* des *sensitifs,* des *moteurs...* On reconnaîtra que les malformations physiques ne sont pas une preuve, mais une simple présomption de dégénérescence ; on associera les signes psychiques aux signes physiques pour avoir toute leur signification, et le résultat pratique de toutes ces constatations sera ce fait important que l'accumulation de ces symptômes place l'animal dans un *état d'infériorité réel,* diminuant à la fois sa valeur individuelle et sa puissance de reproduction.

Il importe de remarquer, en effet, que les conclusions de cette étude clinique ne sont pas seulement d'ordre pathologique ou philosophique ; elles intéressent au plus haut point la question de l'élevage du cheval et la zootechnie.

Sans doute nous ne dirons pas que les équidés *dégénérés, déséquilibrés, héréditaires,* soient *prédisposés aux affections mentales,* mais nous affirmons, et l'avenir établira que l'accumulation de symptômes accusés de dégénérescence constitue un véritable *vice rédhibitoire,* au même titre et plus justement encore que l'*aérophagie.* Il n'y a qu'à considérer les faits de méchanceté rapportés par G. Joly, les observations variées que nous avons recueillies dans lesquelles telle ou telle tare physiologique ou psychique rendait le cheval impropre à son service particulier et se retrouvait invariablement dans sa descendance, pour comprendre que cette étude de la dégénérescence constitue bien un facteur nouveau et dont il faudra tenir compte dans la production de la race chevaline. La dégradation progressive de la race n'est d'ailleurs pas fatale chez le cheval comme chez l'homme, et la régénération peut se faire, non seulement par la sélection, mais encore, par l'éducation et l'influence de l'entraînement.

Il n'en reste pas moins que la connaissance des stigmates de dégénérescence du cheval intéresse à la fois la clinique à qui elle apporte des faits nouveaux de pathologie nerveuse et mentale de l'animal et la zootechnie à laquelle elle fournit les éléments d'une nouvelle méthode d'élevage du cheval.

M. CABANNES, *Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Bordeaux.*

Névrite et atrophie optique dans l'érysipèle facial[1]. — L'érysipèle de la face peut, dans quelques cas exceptionnels, s'accompagner de lésions du nerf optique. Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas de névrite optique post-érysipélateuse qui s'accompagna très rapidement d'atrophie avec perte absolue de la vision du côté correspondant. Un certain nombre de faits de ce genre ont été publiés par les auteurs Despagnet, Galezowski, Knaff, Nettleship, Parinaud, Pagenstecher, Ramirez, Ripault, etc.

La réalité clinique de la lésion optique (névrite ou atrophie) au cours de l'érysipèle facial est actuellement sans contestation. Le mécanisme pathogénique de cette complication est encore l'objet de quelques controverses : les uns, à l'exemple de Carl, pensent qu'il y a toujours atrophie directe de la papille sans névrite antécédente ; les autres, plus nombreux, incriminent, dans la genèse des lésions, l'atrophie post-névritique. Nous nous rangeons à cette dernière interprétation. Voici la façon dont on peut, d'après nous, expliquer tous les faits. L'érysipèle facial agit sur le nerf optique, en raison de sa proximité, par la propagation de son inflammation au tissu cellulaire orbitaire dont les lésions (cellulite orbitaire) s'étendent consécutivement à la périphérie du nerf optique. Cette cellulite, qui peut dans des cas très rares amener un véritable phlegmon suppuré de l'orbite, reste le plus souvent à l'état d'inflammation plastique, cliniquement caractérisée par un léger exorbitisme. Elle agit surtout par compression sur le contenu de l'orbite et en particulier sur le nerf optique.

Nous pensons que cette compression du nerf, à laquelle s'ajoutent nécessairement des phénomènes inflammatoires par propagation, explique toutes les formes cliniques, suivant que les lésions mécaniques et inflammatoires prédominent dans l'un quelconque des deux points faibles du trajet du nerf : *a)* son entrée dans l'œil où il est resserré dans la gaîne scléroticale ;

1. — Voir aussi la thèse d'un de nos élèves, M. Fauveau : *Névrites et atrophies optiques dans l'érysipèle facial.* Bordeaux, 1904.

b) son émergence du trou optique où il est engainé dans un anneau osseux.

a) Dans le premier cas, il existe des phénomènes cliniques très nets : papillite avec ou sans œdème, veines congestionnées tortueuses, quelquefois thrombosées, artères filiformes, quelquefois suffusions hémorrhagiques de la rétine voisine (le long des veines). Ultérieurement signes de l'atrophie post-névritique avec ses caractères connus. Dans cette forme, la cécité survient très vite et reste le plus souvent irrémédiable.

b) Dans le second cas, il survient de l'atrophie optique sans névrite ni papillite évidente. Le nerf optique blanchit, s'excave, les vaisseaux papillaires ou rétiniens n'offrent aucune altération ; en réalité la névrite existe, mais elle est au trou optique et ce qui domine ici ce sont les phénomènes de compression des fibres nerveuses qui prennent le pas sûr les troubles inflammatoires. Cliniquement, on trouve ou bien un rétrécissement plus ou moins concentrique du champ visuel, ou un scotome central des plus évidents, et tous les signes ordinaires de la névrite rétro-bulbaire.

Les théories classiques, anciennes et modernes, peuvent donc malgré leur divergence apparente, être ramenées à la même explication pathogénique. L'apparence ophtalmoscopique de la papille dépend uniquement du point du trajet du nerf optique, plus spécialement atteint (entrée oculaire, passage au trou optique).

M. CABANNES, *Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,* et Dr H. ROBINEAU[1].

Recherches sur la sensibilité normale de la cornée et de la conjonctive. — Nous avons utilisé pour l'étude de la sensibilité conjonctivo-cornéenne à la *piqûre* des crins de Florence n° 3, coupés en fragments de 8 centimètres de longueur environ ; ces fragments étaient placés dans un tube stérilisé contenant une solution de cyanure de mercure et ils ne servaient qu'à une seule personne à la fois. Cet esthésiomètre est appliqué perpendiculairement sur les membranes précédentes ; sa surface

1. — Voir thèse de H. Robineau : *Valeur séméiologique de l'anesthésie conjonctivale et cornéenne dans l'Hystérie.* (Th. de Bordeaux, 1904.)

de section, restreinte mais non pointue, déprime et ne pénètre pas. Il n'a donc pas les inconvénients de l'aiguille ou de l'épingle. La sensation ressentie en appliquant l'extrémité du crin est celle d'une piqûre. Si on incurve le crin en anse, et que l'on applique cette anse sur l'œil, on peut étudier la sensation de contact. Pour l'appréciation de la sensibilité thermique, nous nous sommes servis d'eau chaude ou d'eau froide instillée dans l'œil au moyen d'un compte-gouttes à extrémité capillaire. On ne doit appliquer ni le froid intense ni une température supérieure à 60°, on provoquerait une douleur vive, une vraie brûlure.

Voici en quelques mots les résultats de nos recherches, pratiquées sur près de 80 sujets normaux.

La *piqûre* de la cornée est ressentie en tant que piqûre (ce qui constitue l'état normal) dans 75 à 80 °/₀ des cas. Dans d'autres cas (20 à 25 °/₀) la piqûre de la cornée n'est pas nettement perçue (hypoesthésie) ou bien elle l'est d'une façon anormale comme un contact. Ces anomalies dans l'appréciation exacte de la piqûre se montrent surtout chez les gens ayant dépassé la quarantaine ou chez des personnes âgées. — La sensibilité à la piqûre de la conjonctive bulbaire reste normale dans des proportions à peu près identiques ; elle est cependant moins vive que celle de la cornée ; de plus, elle possède deux particularités que l'on ne retrouve pas dans l'étude de la sensibilité cornéenne : *a)* elle est plus vive dans la moitié temporale que dans la moitié nasale ; *b)* à côté de points parfaitement sensibles à la piqûre, la conjonctive possède des points insensibles, dernier fait déjà mis en lumière par Nagel.

La perception du *contact* est beaucoup plus obtuse pour la cornée que pour la conjonctive. La conjonctive bulbaire perçoit mieux les impressions de contact que ne le fait la cornée, mais cette dernière apprécie plus vivement la piqûre.

La cornée perçoit moins bien que la conjonctive le froid ou la chaleur. Nous pouvons même affirmer que la sensibilité thermique de cette dernière membrane est rarement atteinte, à l'inverse de ce qu'a avancé Nagel qui refusait à la conjonctive toute perception thermique.

Ces diverses sensations éprouvées par les malades à la piqûre, au contact, à la température, sont accompagnées de réflexes dont le plus fréquent (75 à 78 °/₀ des cas) est le cligne-

ment réflexe, puis viennent le larmoiement réflexe (47 °/₀) et l'injection blépharo conjonctivale (20 à 25 °/₀).

La cornée est en somme douée d'une sensibilité douloureuse exquise. Toutes les impressions un peu fortes (contact, température, etc.), faites à son niveau amènent la douleur, une douleur vive, très spéciale, rapidement accompagnée de tous les réflexes de défense (clignement, larmoiement, etc.). *Mais elle apprécie mal les nuances.* Sous ce rapport, la conjonctive a plus de discernement, elle se rapproche davantage de la peau et des autres muqueuses. Ce qui montre encore le peu de tendance de la cornée à la différenciation des diverses impressions, c'est l'expérience suivante que nous avons faite : les deux extrémités libres du crin de Florence sont placées sur la cornée, à des distances variables, la cornée n'arrive à percevoir deux sensations et encore d'une façon restreinte (25 °/₀ des cas environ) que lorsque l'écartement très grand atteint deux points opposés de la périphérie cornéenne. Cette expérience, qui est l'analogue de celle du compas de Weber pour la peau, montre encore combien est spéciale, dans ses qualités, la sensibilité de la cornée.

La séance est levée à 6 heures.

SÉANCE DE PROJECTIONS

(5 AOUT — 9 HEURES DU SOIR)

Palais d'Hiver — Salle des Fêtes.

Cette soirée, consacrée aux projections photographiques exécutées avec le concours de M. Falisse, un professionnel de Pau, complétait par l'image une série de communications fort intéressantes et curieuses, dont le côté récréatif avait attiré un grand nombre de dames.

Elles eurent lieu dans l'ordre suivant :

M. SANO, *Médecin des Hôpitaux à Anvers (Belgique).*

Coupes sériées d'embryons humains de divers âges. — Le Dr Sano fait projeter quelques *coupes sériées d'embryons humains* de divers âges. Ces coupes ont été faites pour étudier le développement progressif du système musculaire. Il y est démontré que le muscle se développe lorsque la partie celluleuse indifférente a déjà pris l'emplacement qu'elle conservera définitivement. C'est ainsi que le diaphragme ne se développe que lorsque la partie de cellules indifférentes qui séparent la cavité thoracique de la cavité abdominale est en place. Il n'est donc pas possible de fixer par l'embryogénie des muscles, les origines segmentaires de ceux-ci. Les relations nerveuses avec les myélotomes sont seules à nous donner des indications à ce sujet, chez l'homme.

M. DENY, *de Paris*

Projections de photographies de types catatoniques. — Dans une série de projections, cet auteur présente quelques types cliniques de psychose hébéphréno-catatonique. Il rappelle que la psychose catatonique est habituellement caractérisée par un stade de dépression simple qui passe souvent inaperçu, puis par un stade d'excitation maniaque, suivi au bout d'un temps variable d'un stade de stupeur.

C'est au cours de ces deux derniers stades que l'on observe des troubles moteurs caractéristiques, sous forme de convulsions toniques ou cloniques, de raideurs musculaires, d'états cataleptiques, d'attitudes bizarres et sans but, de grimaces spéciales, etc., qui s'accompagnent des phénomènes d'opposition connus sous le nom de *négativisme* (refus de manger, de parler, de se lever, de s'habiller, rétention de la salive, des urines, etc.)

Ce sont là des réactions motrices d'origine corticale, comme l'a rappelé M. Brissaud. Pendant les périodes d'excitation, ces malades se font remarquer par leur tenue débraillée, leurs cheveux en désordre, l'affectation de leurs poses, la stéréotypie de leurs attitudes et quelques-unes des grimaces qui leur sont le plus familières.

D'autres photographies représentent des malades en état de stupeur : au contraire des précédents qui sont toujours en mouvement, ceux-ci gardent invariablement la même position pendant des semaines, des mois et des années ; ils ne sont pas seulement immobiles, ils sont en état d'hypertonie permanente et généralisée, la tête le plus souvent inclinée sur le tronc, les membres et tout le corps raidis et opposant à tous les actes qu'on veut leur faire exécuter une résistance invincible, refusant d'ouvrir la bouche, de tirer la langue, de donner la main, etc. C'est contre de tels malades qu'on peut diriger la pointe d'un instrument tranchant, toucher même leurs globes oculaires avec une aiguille, sans qu'ils donnent le moindre signe de frayeur.

Dans les intervalles de calme qui entrecoupent de temps en temps les phases d'excitation, on voit les malades couchés, complètement ensevelis sous leurs draps, repliés sur eux-mêmes ou accroupis en boule, la tête complètement cachée, indifférents à tout ce qui se passe autour d'eux, et ne sortant de leur état de torpeur et d'engourdissement que pour s'élancer hors de leur lit ou bien l'arpenter en tous sens et y exécuter des danses, des sauts, des cabrioles, etc., à la façon des acrobates.

Comme exemple d'attitudes bizarres, paradoxales et stéréotypées, une des photographies représente une malade accroupie dans sa pose favorite sur sa table de nuit, les genoux touchant le menton et d'une main se grattant l'oreille. Une autre a le corps, les membres et la tête complètement hors de son lit, au

rebord duquel elle se trouve suspendue simplement par la crête de l'os iliaque.

Tous les catatoniques, on le sait, ne sont pas négativistes ; quelques-uns présentent au contraire une très grande docilité ou, comme on dit aujourd'hui, une très grande suggestibilité ; l'échomimie, l'écholalie, la catalepsie sont les principales manifestations de cette suggestibilité.

Sur une autre projection on voit une catatonique dont les membres conservent les attitudes les plus paradoxales et chez laquelle il suffit de faire exécuter aux mains deux ou trois mouvements de rotation l'une autour de l'autre pour voir ensuite celles-ci, abandonnées à elles-mêmes, continuer à tourner automatiquement.

Enfin, pour terminer, l'auteur montre un type de démence précoce tiré des *Études cliniques* de Morel, et connu sous le nom de *gémisseur :* « Je l'ai fait représenter, dit Morel, dans sa position favorite : il est assis, la tête penchée sur la poitrine ; avec une de ses mains il tord sa blouse, son pied gauche est tendu et, de son talon, il frappe le sol. »

Dans la conférence suivante, M. Meige nous transportant plusieurs siècles en arrière, nous fait assister aux manœuvres psychothérapiques des charlatans d'autrefois.

Dr Henry MEIGE, *de Paris.*

Documents figurés représentant d'anciennes pratiques chirurgicales contre les Psychoses.

Mesdames,
Messieurs,

Bien que les séances de notre Congrès soient surtout destinées à l'exposé et à la discussion des questions scientifiques d'actualité, j'ai cru pouvoir me permettre — une fois n'est pas coutume — de faire devant vous une brève incursion dans le passé psychiatrique.

Rassurez-vous. Il ne s'agit pas de recherches érudites et indigestes. Je voudrais tout simplement vous faire voir, preuves sous les yeux, comment on entendait, il y a quatre ou cinq siècles, le traitement de certaines psychoses.

J'ai pu consacrer autrefois quelques vacances à parcourir la plupart des collections publiques et privées de l'Europe, en prenant des notes sur les figurations artistiques présentant un intérêt médical.

Dans le nombre, il s'en est trouvé une trentaine se rattachant à d'anciennes pratiques de chirurgie charlatanesque, qui semblent avoir été assez courantes entre le XV[e] et le XVII[e] siècle, surtout dans les Flandres et les Pays-Bas. Le hasard a voulu que cette chirurgie de tréteaux s'adressât de préférence à une clientèle de psychopathes. L'occasion m'a donc semblé propice de soumettre à votre critique les reproductions de ces peintures, dessins ou gravures. Vous y verrez figurées des opérations quelque peu mystérieuses au premier abord ; chaque image, en effet, prise isolément, est parfois d'une interprétation difficile. Mais en les rapprochant les unes des autres, vous les verrez s'éclairer réciproquement. Ceci me dispensera de trop longs commentaires, et ainsi j'espère mettre à moins dure épreuve votre bienveillante attention.

Parfois, il s'agit d'opérations banales, telle que des *saignées*, des *applications d'emplâtres*, destinées à soulager des *migraineux*, des *neurasthéniques*, etc., conformément à la thérapeutique de l'époque. Mais, le plus souvent, on se trouve en présence d'une jonglerie opératoire pratiquée par des chirurgiens ambulants et connue sous le nom d'*Opération des Pierres de Tête.*

La croyance populaire de l'époque attribuait volontiers les désordres de l'esprit à la présence d'un corps étranger dans le crâne. Tantôt on accusait une *guêpe*, un *taon*, un *rat* (on parle encore aujourd'hui d'*araignée*, de *hanneton)*. Dans les Pays-Bas, on croyait surtout à la *pierre de tête.* Des prestidigitateurs chirurgicaux ont exploité cette croyance : ils faisaient sur le front une légère entaille, tandis qu'ils mettaient sous les yeux du patient, au bout d'une énorme pince, une pierre préalablement dissimulée dans le creux de leur main, et qu'ils étaient censés avoir retirée du crâne.

De nos jours encore, nombre d'*obsédés* décrivent avec un grand luxe de détails des sensations de corps étrangers (pierres ou bêtes), dans leur tête. Je me rappelle avoir vu une malade, atteinte d'une obsession de ce genre, qui consulta tous les

chirurgiens, en sollicitant une trépanation, seul moyen, disait-elle, de la débarrasser du caillou qu'elle affirmait être logé dans son crâne. Et je ne jurerais pas qu'elle n'ait rencontré le trépanateur de ses rêves...

Les médecins d'autrefois n'étaient pas éloignés de croire à la réalité de ces descriptions psychopathiques. C'était l'époque où les *humeurs peccantes* refluaient volontiers vers le cerveau et s'y *conglutinaient* de la façon la plus *crasse,* pour engendrer toutes sortes de manifestations vésaniques. La médecine elle-même contribua donc à accréditer la croyance aux pierres de tête.

Les artistes, Van Bosch, Van Hemessen, P. Bruegel, de Bry, Brouwer, Teniers, A. Both, N. Weymans, Frans Hals le Jeune, etc., et surtout Jan Steen, qui nous ont laissé des témoignages figurés de ces anciennes pratiques, ont finement raillé à la fois l'excessive crédulité des opérés et l'audacieuse fourberie des opérateurs.

La plupart de ces documents ont d'ailleurs été reproduits et commentés dans une série d'études, presque toutes publiées par *La Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*[1] ; il suffira d'en donner ici l'énumération.

Jérôme van Aeken (1450 ? - 1516), surnommé van Bosch, connu en Espagne sous le nom d'El Bosco.

Les Pierres de Tête. — Rijks-Museum d'Amsterdam.

L'Opération chirurgicale burlesque. — Musée du Prado, à Madrid. Avec une inscription en vieux hollandais, qui peut être traduite ainsi :

Maître, opérez-moi de la pierre rapidement,
Mon nom est Blaireau Frissonnant.

1. — Henry Meige : Les Peintres de la Médecine (Écoles Flamande et Hollandaise). Les Opérations sur la Tête. Les Pierres de Tête. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* n°s 4 et 5, 2895.)
Les Arracheurs de Pierres de Tête. Janus. V. livr. 1897.
Documents nouveaux sur les Opérations sur la Tête. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.*)
Un nouveau tableau représentant les Arracheurs de Pierres de Tête. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* n° 2, 1899.)
Le Barbier-Chirurgien de Lucas de Leyde. *Ibid.,* n° 2, 1900.
Pierres de Tête et Pierres de Ventre. *Ibid.,* n° 1, 1900.

LUCAS DE LEYDE (XVI[e] siècle).



Le Barbier-Chirurgien (gravure) ; collection H. M.

Une petite peinture relative au même sujet existe au musée d'Avignon.

JAN SANDERS dit VAN HERMESSEN (2e moitié du XVIe siècle).



Le Chirurgien de village.

Le Chirurgien de Village. — Musée du Prado, à Madrid.

Théodore de Bry (1528-1598).



L'extracteur de Taons (gravure) ; collection du Dr Henry Meige, avec cette légende :

Nil opus Anticyras abeas ; hic tollitur æstrum.

Pierre Bruegel le Vieux (1530-1569).

Le "Doyen de Ronse". Les Opérateurs de Pierres de Tête; gravure conservée au Rijks-Museum d'Amsterdam. — En inscription sur la robe du principal opérateur : *Le Doyen de Ronse, en Flandres.*

Le Doyen de Ronse. — Tableau ayant appartenu au Dr Mesnet, et appartenant à M. le Dr Paul de Molènes, de Paris, — signé faussement Holbein, imitation médiocre de Bruegel ; même sujet que le précédent.

Pierre Bruegel le Vieux (1530 - 1569).



Le " *Doyen de Ronse* " (gravure du musée d'Amsterdam).

PIERRE BRUEGEL LE VIEUX (1530-1569).



Opération de la Pierre de Teste.

Opération de la Pierre de Teste. — Tableau du musée de St-Omer, décrit par le Dr Gaudier, de Lille. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* n° 2, 1900. Même sujet que le précédent.

PIERRE BRUEGEL LE VIEUX (1530-1569).

La Sorcière de Mallegem.

La Sorcière de Mallegem, gravure par J. COCK, 1559, d'après Pierre Bruegel Le Vieux ;

collection du Dr Brissaud. Une gravure postérieure du même sujet existe au Cabinet des Estampes d'Amsterdam, signée T. G. et avec cette légende en hollandais, dont voici la traduction :

« Vous, habitants dè Mallegem, soyez bien d'accord
» Moi, femme sorcière, je désire être aimée de vous.
» Pour vous guérir, je suis arrivée ici
» A votre service, avec mes aides, fièrement.
» Entrez librement, les grands et les humbles, venez vite
» Avez-vous la *guêpe dans la tête,* ou est-ce que les *pierres vous gênent ?...* »



PIETER QUAST. — *L'Opérateur des Pierres de - Tête.*
Tableau de la collection du Dr Edmond Fournier, de Paris.

Pieter Quast. — *Un Arracheur de Pierres de Tête. Opération sur la Tête.* — Dessin à la sanguine, ayant appartenu au Dr Liétard, de Plombières ; attribué à tort à D. Teniers le jeune. (Janus, janvier et février 1898, p. 375.)

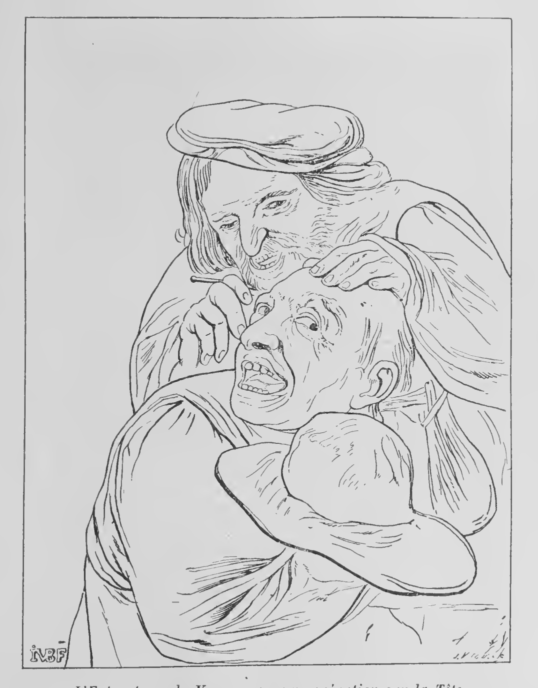
David Teniers le Jeune (1610-1690).



Une opération sur la Tête.

Une opération sur la Tête. — Tableau du musée du Prado, à Madrid. — L'esquisse originale ou la réplique signée de cette peinture a fait partie de la collection van den Wiele, à Malines (vendue en 1896). Acquis par le Dr Henry Meige.

David Teniers le Jeune (1610-1690)



L'Extracteur de Verrues ou une opération sur la Tête.

Gravure par Jan van der Bruggen, collection du Cabinet des Estampes d'Amsterdam ; collection du Dr Henry Meige.

DAVID TENIERS LE JEUNE (1610-1690).



Un Arracheur de Pierres de Tête.

Gravure par Jan van der Bruggen du Cabinet des Estampes d'Amsterdam.

ADRIAEN BROUWER (1608-1641).

Un vieux Chirurgien. — Tableau du musée Walraf Richartz, à Cologne.

Un Arracheur de Pierres de Tête. — Tableau de la galerie Suermondt, à Aix-la-Chapelle.

Le Charlatan de Kermesse. — Tableau appartenant à M. le Dr Gimbert, de Cannes ; attribution douteuse à Brouwer.

ANDRIES BOTH (1612-1650).

Opération des Pierres de Tête. — Tableau de la collection de M. D. A. Kœnen, à Nieuwer Amstel.

Nicolas Weydmans (1re moitié du xviie siècle).



L'Opération des Pierres de Tête.

Gravure conservée au Cabinet des Estampes du Rijks-Museum d'Amsterdam, avec cette inscription :

« *Courez, courez, en grande réjouissance*
» *Ici l'on fait l'opération des pierres de tête.* »

Frans Hals le Jeune (1617 ? - 1669).
Le Charlatan. — Tableau du musée Boijmans, à Rotterdam.

Abraham Diepraem (hollandais, xviie siècle).
La Chambre du Chirurgien. — Tableau de la Galerie de Schwerin.

Malo ? peintre flamand (xviie siècle) ? à Cambrai vers 1650.
Opération sur la Tête. — Tableau de la Galerie de Mannheim.

X...., hollandais ou flamand.
Opération sur la Tête. — Collection de M. Richard, directeur de la Galerie de peinture de Carlsruhe.

Jan Steen (1626-1679).



Le Charlatan.
Tableau du Rijks-Museum d'Amsterdam



L'Opérateur.
Tableau du musée de Bruxelles.

JAN STEEN (1626-1679).



L'Opérateur.

Tableau du musée Boijmans, à Rotterdam.

CAROLUS ALLAERT (XVIIe siècle).

Pierres de Tête et Pierres de Ventre. — Gravure, collection du Dr Henry Meige, avec ce titre :

> « *Venez, hommes et femmes, venez tous,*
> » *Et faites-vous extirper la pierre.* »

Et de nombreuses légendes en vieux hollandais.

JAN VAN MIERIS (1660-1690).

La Boutique du Barbier. — Tableau du musée de l'Ermitage, à St-Pétersbourg.

DE WAEL (1592-1662).



Opérations sur la Tête.

Deux gravures, collection H. Meige.

C. FISCHER (XVIIe siècle).

La Mort aux Rats. — Gravure par F. de Witt; avec cette légende :

> « Si, par un remède nouveau,
> » *J'extirpais les rats du cerveau,*
> » Combien de gens auraient besoin du spécifique,
> » Et combien dans Paris seraient de mes pratiques. »

On dit populairement en Hollande, en parlant d'une cervelle fêlée, que l'individu *a des nids de souris dans la tête.*

Dr Ph. TISSIÉ, *Président-Fondateur de la Ligue Girondine de l'Éducation physique.*

Éducation physique et Neuro-Psychologie. — Au moment où l'éducation physique prend une place importante dans la vie de la nation et surtout en pédagogie, il m'a paru bon d'attirer l'attention des médecins aliénistes et neurologistes sur cette branche de la science éducative, qui est également médicale.

Jusqu'à ce jour, on n'a considéré, en France, les exercices physiques qu'au point de vue athlétique et trop souvent acrobatique. Le mot gymnastique éveille plutôt l'idée d'efforts violents, de traction sur les bras, dans des attitudes contraires à la physiologie, et non celle de travail progressif, méthodique et rationnel de l'économie humaine. Les parades, les exhibitions claironnées, les numéros sensationnels des cirques ont contribué à créer cet état d'esprit, cette conception erronée de ce qui est vraiment l'éducation physique. Où, jusqu'à ce jour, on n'a vu que des muscles en fonction, la nouvelle méthode psychodynamique voit surtout un travail et une fonction des centres nerveux psycho-moteurs, cérébraux, médullaires et périphériques. Voici un exemple, entre plusieurs, extrait des observations que j'ai prises sur un très grand nombre de jeunes gens se livrant aux sports :

G..., âgé de 22 ans, ancien lendiste des lendits girondins des lycées et collèges de l'Académie de Bordeaux, s'est livré aux jeux et aux sports pendant ses études au collège de B... Entré dans le commerce, il continue à s'entraîner. Ayant voulu pratiquer la marche et la course il décida de consacrer une à deux heures tous les matins, pendant un certain temps, à son entraînement, bien limité à ces deux exercices qu'il accomplit quotidiennement marchant et courant alternativement, jours entr'autres.: marchant, par exemple, les jours pairs et courant les jours impairs.

Le rythme des deux mouvements (marche et course) diffère complètement l'un de l'autre, l'allure n'est plus la même ; or il arrivait régulièrement, aux premiers pas faits, qu'automatiquement, G... prenait l'allure et le rythme de l'exercice de la veille. S'il partait pour la course, il avait à déclancher, par sa volonté, le rythme de la course, car il prenait l'allure de la marche ; le lendemain il déclanchait le rythme de la marche, parce que celui de la course se présentait tout d'abord.

Cette observation établit la valeur psycho-dynamique du mouvement. G... est un médullaire. Tout acte musculaire qui se produit avec une certaine intensité et dans un temps plus ou moins prolongé tend à se reproduire automatiquement. La fonction médullaire automatique prime la fonction psychique consciente. On reproduit expérimentalement ce phénomène dans le sommeil hypnotique quand, ayant imprimé un mouvement de rotation aux deux mains autour d'un même axe, le sujet endormi continue le mouvement.

Les centres psycho-moteurs ayant été découronnés, les centres médullaires, c'est-à-dire les noyaux médullaires des mouvements que M. Sano a si bien décrits dans son excellent rapport sur les *Localisations des fonctions motrices de la moelle épinière,* entrent seules en jeu. On peut dire que tout acte musculaire est une éducation des noyaux spinaux qui le commandent. Éducation dirigée et coordonnée par les centres psycho-moteurs du manteau cérébral de la substance grise. Dans l'observation de G..., il faut donc considérer quatre actes combinés : deux actes médullaires, deux actes psychiques. Un acte médullaire pour châque groupe de muscles fonctionnant différemment dans le rythme de la marche et dans le rythme de la course ; un acte psychique pour chaque déclanchement et pour l'imposition du rythme du mouvement différent l'un de l'autre. Dans la marche, un pied adhère toujours au sol ; dans la course, les deux pieds s'enlèvent au-dessus du sol. Le travail musculaire agit sur les articulations. Par leur sensibilité exquise, que ne possèdent pas les muscles, les articulations constituent, croyons-nous, le siège des sensations musculaires dans le mouvement. Le sens musculaire n'est autre chose que du sens articulaire.

L'observation de G... établit un fait psycho-moteur d'origine spino-cérébrale. Je dois ajouter que le déclanchement du rythme était toujours volontaire et toujours douloureux. Il produisait un choc psychique suivi d'une impression pénible de fatigue d'ailleurs fugace.

Voici une autre observation prise dans une partie de barette (foot-ball atténué) au cours du lendit girondin, à Mont-de-Marsan, en 1903. Bien que MM. les Chefs d'établissement soient invités à n'envoyer aux concours physiques que des jeunes gens se portant bien, après examen du docteur, un Proviseur admit dans

l'équipe de son lycée un jeune homme de dix-huit ans qui, tout à coup, en pleine action du jeu, d'ailleurs très passionnant, s'arrêta, se mit à crier et à pleurer, appela ses parents et, les yeux hagards, demandait où il se trouvait, tremblant, ayant peur, atteint d'amnésie. L'émotion du jeu avait provoqué chez ce jeune homme un dédoublement de la personnalité, il ne reconnaissait plus ses camarades, oubliait qu'il était à Mont-de-Marsan, croyant être à P.... Il vivait un rêve — éveillé — je l'entraînai hors de la pelouse, dans un local-ambulance et là pendant une heure environ j'assistai à des phénomènes psychiques dus au découronnement de ses centres psycho-moteurs, tels qu'automatisme de certains mouvements des bras et des mains (action des noyaux médullaires), répétition d'une même phrase revenant toujours en *leit-motive.* Reconnaissance de ma personne, puis amnésie visuelle de ma physionomie, prise pour celle d'un étranger, céphalalgie assez prononcée, etc., etc. J'appris de son Proviseur que ce jeune homme s'était, un an auparavant, surmené intellectuellement; qu'il avait fait une chute dans la cour en jouant, que la chute ne fut pas sérieuse mais qu'en se relevant il avait offert les mêmes signes d'amnésie avec répétition d'une même phrase stéréotypée. Ces phénomènes se reproduisent sous l'influence de la fatigue intellectuelle. Avais-je devant moi un candidat à la démence précoce ? Peut-être bien.

J'ai parlé des effets de la fatigue sur les fonctions des centres psycho-moteurs, en citant l'appétence de certains sujets pour les exercices physiques *(Les Ludomanes).* J'ai noté des guérisons obtenues dans le traitement de tics et de toux tiqueuse par la gymnastique respiratoire, me basant pour cela sur la relation intime existant entre le cerveau et les poumons; ou mieux, entre l'attention et la respiration ; la cérébration et la musculation. L'observation établit que la respiration et l'attention *forcées* sont antagonistes entre elles. Considérant le tic comme de l'attention forcée rendue subconsciente par la répétition et par l'habitude, j'ai pensé que celle-ci devait être déplacée par une respiration forcée. Des guérisons ont confirmé cette vue de l'esprit ayant pris naissance dans un fait d'observation banale. Le monoïdeisme est constitué par l'attention forcée sur une seule pensée. Chez les lypémaniaques il est accompagné d'un minimum de respiration ; ce minimum se révèle par la cyanose, et comme consé-

quence de l'atténuation de la respiration, par une atténuation de la circulation de retour, d'où œdèmes, généralement localisés aux parties déclives des membres inférieurs. D'autre part, dans le polyideisme avec suppression de l'attention comme dans la manie aiguë, la respiration est très active, la circulation sanguine et lymphatique n'est pas enrayée, les œdèmes n'existent pas.

Ces diverses observations m'ont donc amené à me demander si l'application des exercices physiques, d'après la nouvelle méthode psycho-dynamique, ne pourrait pas rendre des services dans le traitement de quelques maladies mentales, surtout chez les adolescents.

Le rapport de M. Deny sur les *Démences vésaniques,* dites précoces, donne une valeur à ce point d'interrogation.

Je fixe mon interrogation sur les propositions suivantes :

1° *La gymnastique doit être respiratoire.*

Ici nous entrons dans un domaine ignoré des français mais fort connu des suédois. Je ne puis même l'aborder, c'est toute la méthode de gymnastique suédoise qu'il faudrait développer et cela nous mènerait trop loin. Je renvoie donc à l'étude de la gymnastique rationnelle appliquée en Suède en pédagogie et en médecine.

Je dois à l'obligeance de M. le capitaine-commandant Lefebure,

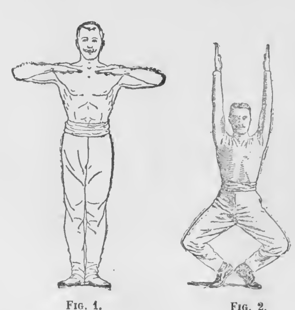


Fig. 1. Fig. 2.

Fig. 1. — Position des bras ayant pour effet le soulèvement de la cage thoracique à sa partie inférieure et pour objet l'amplitude des poumons à leur base. (Position fondamentale : *debout ;* position annexe des bras : *aile fermée.)*

Fig. 2. — Position des bras ayant pour effet le soulèvement de la cage thoracique à sa partie inférieure et moyenne ; et pour objet, l'amplitude des poumons à leur base et à leur centre. Action très importante sur le *rhomboïde* par la projection de l'angle inférieur de l'omoplate vers la ligne axillaire. (Position fondamentale : *debout ;* position dérivée pour les jambes : *losange ;* position annexe pour les bras : *invocation.*

commandant l'École normale de gymnastique et d'escrime militaires de Belgique, la communication des clichés ici reproduits,

extraits de sa *Méthode de Gymnastique éducative* établie sur les bases scientifiques de la méthode suédoise de Ling. Tous les

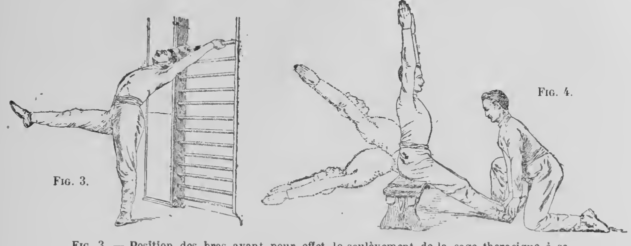


Fig. 3. — Position des bras ayant pour effet le soulèvement de la cage thoracique à sa partie supérieure, et pour objet l'amplitude des poumons à leur sommet. (Position fondamentale : *debout ;* position dérivée : *fléau droit* avec action sur le droit antérieur de l'abdomen et le psoas-iliaque ; annexe pour le tronc : *courbe raidie* avec action sur le massif dorso-lombaire ; annexe pour les bras : *invocation appuyée à l'espalier* avec action sur les pectoraux, les dentelés, le sterno-cleïdo-mastoïdien.)

Fig. 4. — Position des bras ayant pour effet le soulèvement de la cage thoracique à la partie supérieure avec amplitude maximum des poumons à leur sommet dans le troisième mouvement en *courbe raidie.* (Position fondamentale : *assis* ayant pour objet l'entraînement des muscles dorso-lombaires et de la ceinture abdominale, antagonistes du diaphragme ; position annexe pour le tronc : *courbe raidie ;* position annexe pour les bras : *invocation.*

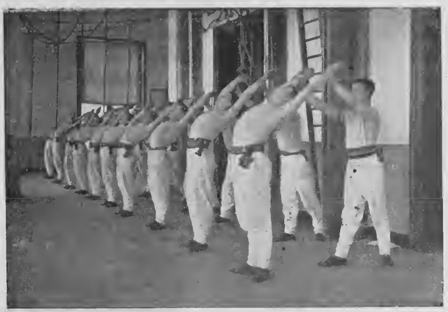


Fig. 5.

Position des bras ayant pour effet le soulèvement de la cage thoracique à la partie supérieure et pour objet l'amplitude des poumons à leur sommet. (Position fondamentale : *debout ;* position annexe pour le tronc : *courbe raidie ;* position annexe pour les bras : *invocation appuyée.)*

mouvements représentés ont pour effet le développement de la

cage thoracique et pour objet une plus grande amplitude de la capacité pulmonaire dans l'acte respiratoire.



Fig. 6.

Position des bras ayant pour effet le soulèvement de la cage thoracique dans ses parties latérales, inférieure, moyenne et supérieure ; et pour objet l'amplitude latérale des poumons. (Position fondamentale : *debout* ; position dérivée : *fléau gauche appuyé* : position annexe du tronc : *éventail gauche* ; position annexe des bras : *invocation.)*

Nota. — Dans tous les mouvements du tronc, l'*inspiration* doit être pratiquée au moment de l'élévation des bras et des côtes ; pour les bras : en *aile fermée, invocation,* etc ; pour le tronc : en *courbe raidie, éventail,* etc. ; c'est-à-dire à chaque mouvement d'amplitude thoracique. L'expiration doit être pratiquée au moment de l'abaissement des bras et des côtes.

Tous les muscles qui prennent leur point d'appui *au-dessus* du diaphragme sont *inspirateurs ;* tous ceux qui le prennent *au-dessous,* sont *expirateurs.* Toute la science en gymnastique éducative respiratoire consiste à savoir mettre en fonction, *par antagonisme réciproque,* le diaphragme et ces deux grands groupes musculaires.

Pour mieux fixer les idées je projetterai ce soir sur l'écran une série de clichés photographiques pris en Suède à l'Institut central de gymnastique de Stockholm, dans les écoles et dans les cliniques médicales. On constatera que la gymnastique rationnelle telle qu'elle est appliquée en Suède est une science exacte et que cette science rend de bien grands services en thérapeutique.

2° *Le mouvement est de la pensée en action ; la pensée est du mouvement en puissance.*

La psychologie contemporaine a enregistré expérimentalement la relation intime qui existe entre le mouvement et la pensée.

Binet, Courtier, Hallion, Comte, etc., ont établi que les pensées heureuses ont une répercussion sur le pouls capillaire dont le dicrotisme est à soulèvement inférieur bien délimité et que les pensées tristes donnent un dicrotisme faible, atténué, à soulèvement supérieur. La pensée agit donc sur la tunique musculaire des capillaires. Il est permis d'admettre que ce dicrotisme est généralisé à toute la circulation capillaire de l'économie et que chez la femme il se manifeste dans la circulation capillaire utérine. On sait d'autre part qu'une forte émotion peut provoquer l'avortement, c'est-à-dire l'expulsion du fœtus par une violente contraction des muscles utérins. Si nous considérons l'embryogénie nous voyons que, dès la fécondation de l'ovule par le spermatozoïde, la caduque utérine le saisit et l'encapuchonne dans sa muqueuse. Une circulation nouvelle s'établit entre l'organisme maternel représenté par la caduque utérine et le chorion adhérent à l'organisme fœtal. La première manifestation de la vie nouvelle qui bourgeonne sur une vie antérieure est d'ordre circulatoire. Dès la fécondation, le feuillet externe fournit la cellule nerveuse. Il constitue les centres nerveux : cerveau, moelle épinière, peau, organe des sens.

Si maintenant une modification dans la circulation capillaire s'établit chez la mère sous l'influence du plaisir ou de la douleur ; d'une pensée heureuse ou triste, la répercussion se fait aussitôt sentir dans la circulation de la caduque et du feuillet externe. Ce feuillet préside aux débuts de la vie embryonnaire. La cellule musculaire qui naît du feuillet moyen par invagination du feuillet externe, peut être considérée comme l'annexe dynamique de la cellule nerveuse statique. Les dicrotismes du plaisir et de la douleur maternelle se manifestent donc par une circulation différente dans les feuillets externes et moyens, c'est-à-dire dans les cellules nerveuses et musculaires. D'où irrigation plus grande de ces cellules dans le dicrotisme sthénique du plaisir, et plus faible dans le dicrotisme asthénique de la douleur, c'est-à-dire *oxydations différentes*. On ne doit jamais oublier que l'homme vit dans un milieu aérien dont le principe même de vie est l'oxygène. La vie est une combustion par oxydation, d'où importance majeure de l'acte respiratoire.

La fonction faisant l'organe, la cellule gagne en vitalité d'après la quantité et la qualité du liquide sanguin émis capillai-

rement dans la circulation générale de la mère reposée ou fatiguée, heureuse ou malheureuse. Cette vitalité est dosée quantitativement par l'amplitude de l'onde sanguine et par la gymnastique plus grande de la tunique capillaire qui se fortifie en raison même de son plus grand travail ; elle est dosée qualitativement par la valeur chimique du plasma sanguin qui, par une irrigation plus active, se débarrasse plus facilement des toxines produites, ou qui les conserve dans la stase d'une circulation capillaire asthénique, d'où intoxication plus facile de la cellule nerveuse et musculaire, et création d'un milieu à moindre résistance constituant, par ce fait, un état de fatigue constitutionnelle.

La cellule musculaire peut être considérée comme le prolongement extérieur de la cellule nerveuse.

La mise en fonction de la cellule nerveuse met automatiquement en fonction la cellule musculaire et vice versa; celle-ci actionne automatiquement, par effet de retour, la cellule nerveuse. Pensée et mouvement ne sont que les deux manifestations d'un même phénomène psycho-dynamique ;

3° *Il existe un antagonisme absolu entre l'attention et la respiration forcées. A attention profonde, respiration superficielle ; à respiration profonde, attention superficielle.*

Outre les exemples de la lypémanie et de la manie, il est une observation que chacun peut faire sur lui-même. Dans le travail intellectuel, où l'attention est fortement tendue sur un sujet abstrait ; dans l'émotion qui capte fortement l'attention ; dans la peur qui fait surgir le monoïdeisme pour la protection ou la défense du moi, la respiration est modifiée, on respire à peine ou on ne respire pas du tout. Par contre, dans un exercice respiratoire intense avec jeu pulmonaire profond, l'attention ne peut être fixée sur un sujet abstrait. Les associations heureuses d'idées, les traits d'esprit, peuvent être facilités par la respiration forcée, mais le cerveau est impuissant à se saisir pour un travail sérieux.

Faut-il trouver l'explication de cet antagonisme dans une circulation sanguine plus grande, cérébrale ou pulmonaire, selon le moment de la fonction de l'un ou de l'autre de ces deux organes ?

Quoiqu'il en soit, il y a là un fait psycho-physiologique qu'il

est intéressant et même nécessaire de connaître dans l'application du mouvement physique à la pédagogie et à la médecine. Savoir jouer des poumons, c'est savoir jouer du cerveau ;

4° *Chaque sujet naît avec un potentiel nerveux ; il peut l'élever par l'éducation. Ce potentiel va à la cellule nerveuse pour la* CÉRÉBRATION ; *à la cellule musculaire pour la* MUSCULATION.

Les travaux publiés sur la fatigue physique, intellectuelle et émotive qui dédoublent le moi, tendent à faire admettre que l'accumulateur psycho-moteur humain, comme les accumulateurs industriels, peut se décharger lentement ou brusquement et, d'autre part, que le même influx nerveux, produit du mouvement avec la cellule musculaire ou de la pensée, avec la cellule nerveuse.

Fournir aux deux fonctions en même temps c'est augmenter le travail nerveux et provoquer un rendement exagéré de la machine humaine.

Une bonne hygiène peut élever le potentiel héréditaire en fortifiant la cellule nerveuse, d'où nécessité d'une bonne éducation physique, intellectuelle et morale ; éducation de la volonté faite des témoignages infinis et très complexes des organismes cellulaires ;

5° *La fatigue est en raison de l'abaissement du potentiel par l'acte accompli musculaire, intellectuel ou émotif. La fatigue par* CÉRÉBRATION *et la fatigue par* MUSCULATION *s'additionnent, elles ne se soustraient pas mutuellement.*

C'est une erreur de croire qu'un exercice musculaire violent, intense ou prolongé repose d'une fatigue cérébrale. Une grande fatigue musculaire supprime tout pouvoir de concentration psychique. Si l'exercice physique peut être prolongé chez certains sujets jeunes, à potentiel facilement rechargeable, il est cependant à craindre que l'abus ne provoque des désordres sinon immédiats du moins à échéance plus ou moins rapprochée.

Chez les neurasthéniques à potentiel abaissé et péniblement réparable il faut se montrer très prudent, car la fatigue arrive vite, les déchets de l'organisme intoxiquent facilement la cellule nerveuse.

Le criterium de la fatigue est l'inappétence, l'assoiffement et l'insomnie ; celui de la bonne condition psycho-motrice est l'appétit, le peu de besoin de boire et le sommeil réparateur. Dans

le traitement physique du système nerveux il faut que le sujet reste toujours au-dessus de ses moyens.

La volonté étant le passage du jugement à l'acte et le jugement ne pouvant s'établir que par l'apport des mémoires-témoins, la valeur éducative d'un mouvement est en raison directe de celle des témoignages, c'est-à-dire des représentations psycho-motrices dont ce mouvement fixe l'empreinte dans les centres psychiques (action de la cellule musculaire sur la cellule nerveuse) ; d'où la nécessité de bien connaître la valeur de chaque groupe de mouvements physiques par rapport à ses fonctions thérapeutiques par des représentations motrices.

L'attitude imposée aux sujets hypnotiquement endormis éveille automatiquement, par rappel des mémoires, les idées que ces attitudes représentent.

Les mains jointes provoquent des idées religieuses, les bras ouverts celles de la frayeur ou de la joie, selon le geste provoqué, etc....

Ayant délimité sur la peau, chez un sujet hypnotiquement endormi, les points d'insertion thoracique de son diaphragme et ne lui ayant dit que ces mots : « La zone que je délimite est insensibilisée », je m'aperçus tout à coup que la respiration était arrêtée, le diaphragme ne fonctionnait plus. Cette expérience tendrait à prouver que le jeu diaphragmatique, au moins chez ce sujet, était lié à une mémoire cutanée, limitée à la zone d'insertion thoracique. Le diaphragme, par son jeu physiologique, agit sur la peau à la zone d'insertion costale tour à tour tendue et distendue par le mouvement d'abaissement ou de soulèvement de la voûte diaphragmatique, des côtés, des muscles et de la peau.

La valeur de la rééducation musculaire dans certaines affections nerveuses, telle que le tabes, dépend de la valeur des témoignages cutanés et musculaires provoqués par le médecin qui applique le traitement ;

6° *Toute animalité qui se développe en vie fœtale dans un milieu resserré : utérus, coque d'œuf, extériorise l'affirmation du moi dans le geste de force, en* EXTENSION ; *et l'abaissement du moi dans le geste de faiblesse, en* FLEXION. *La raison de ces deux grands gestes est, croyons-nous, dans le développement du fœtus en flexion.*

La vie du muscle a pour principe le mouvement et l'alternance entre la flexion et l'extension de sa fibre. Un muscle qui se repose et qui s'immobilise dans une même attitude s'atrophie. La douleur musculaire et articulaire d'un segment du corps longuement immobilisé dans une même attitude est très grande, telle la douleur de l'immobilisation dans une gouttière. La fatigue éprouvée par les poseurs dans les ateliers pour la tenue prolongée des attitudes, les force au repos. Beaucoup meurent tuberculeux par surmenage musculaire. La fatigue du soldat immobilisé sous les armes est connue.

Au repos, dans le lit on ne peut conserver longtemps la même attitude; on change de position sous l'influence de la gêne musculaire et articulaire. La vie musculaire du fœtus commence au quatrième mois. A partir de ce moment et pendant cinq à six mois l'immobilisation des fibres musculaires est maintenue en flexion ; le fœtus remue surtout aux derniers mois, parce qu'il détend ses muscles fatigués. La première manifestation de la vie est d'ordre circulatoire, avec le pouls capillaire sthénique ou asthénique de la mère, et irrigation plus ou moins profonde des cellules nerveuses musculaires. Si plus tard l'irrigation des faisceaux musculaires constituant la musculation du fœtus est assurée par le système circulatoire fœtal qui, d'ailleurs, est une annexe de la circulation maternelle, les rapports musculo-nerveux n'en existent pas moins. L'impression ressentie par le muscle se répercute aux centres psycho-moteurs, moelle épinière et cerveau. Chaque cellule musculaire correspondant à une cellule nerveuse, les localisations cérébro-spinales constituent des groupements de cellules nerveuses ou des noyaux similaires aux groupements de cellules musculaires ou des fibres. Ainsi s'établissent les localisations musculo-psychiques, d'après la loi évolutive de la fonction qui fait l'organe. L'organe moteur (localisation médullaire) et l'organe psychique (localisation centrale) se constituent ainsi mutuellement par des actes communs musculaires et nerveux accomplis au cours de la vie fœtale.

Donc, union complète et rapports intimes et absolus, dès la vie intra-utérine, entre la *musculation,* la *spinalisation* et la *cérébration.*

La flexion intra-utérine longtemps maintenue impose au fœtus une « gêne » musculaire et *surtout articulaire;* la détente

de ses articulations constitue une impression opposée de « bien-être », d'où formation, dès la vie intra-utérine, de deux territoires psycho-moteurs de « gêne » et de « bien-être ». Toutes les impressions de même nature se dirigeront ensuite, automatiquement, dans le cours de la vie, vers chacun des deux territoires qui leur est propre pour constituer les représentations *douleur* (territoire « gêne ») et *plaisir* (territoire « bien-être »). Tous les gestes en flexions seront provoqués par les mémoires de gêne (c'est-à-dire d'abaissement du « moi » avec circulation sanguine ralentie et pouls capillaire asthénique : douleur, fatigue, humilité, timidité, avarice, prière, peur, hypocrise, obéissance, placidité, doute, égoïsme, etc. en un mot, tous les sentiments qui placent l'individu en état d'infériorité vis-à-vis de lui-même ou du milieu. D'autre part, tous les gestes en extension seront provoqués par les mémoires de « bien-être », c'est-à-dire d'affirmation du moi avec circulation sanguine augmentée et pouls capillaire sthénique : plaisir, repos, orgueil, commandement, prodigalité, imprécation, courage, loyauté, foi, altruisme, en un mot tous les sentiments humains ou sociaux qui placent l'individu en état de supériorité vis-à-vis de lui-même ou du milieu.

Ainsi peuvent s'expliquer les phénomènes psycho-physiologiques appelés « miracles ». Ils ne sont que la manifestation de la cellule nerveuse spino-cérébrale sur la cellule musculaire, sous l'influence d'une circulation capillaire sthénique ou asthénique selon l'affirmation ou la négation du moi sous la domination de l'Idée-force. L'Idée-force, c'est-à-dire le conglomérat de toutes les tendances psycho-motrices de l'individu ne peut exister que dans certaines conditions bien déterminées. Il faut que la somme des mémoires, ou représentations d'un ordre donné, soit assez grande pour s'élever au-dessus des autres représentations habituelles qui gouvernent l'existence afin de les dominer en leur faveur, il faut aussi que le cerveau soit arrivé à un degré d'évolution organique assez élevé pour pouvoir emmagasiner les impressions et les classer. L'Idée-force n'existe ni dans le premier âge, ni dans l'enfance et très peu dans l'adolescence ; elle se manifeste à l'âge adulte où le cerveau atteint son complet développement il faut encore que le cerveau soit bien constitué car on ne trouve pas de trace d'Idée-force chez l'idiot, l'imbécile,

le gâteux, le dégénéré, etc. Les rapports intimes existant entre la cellule nerveuse, siège de l'*Idée* et la cellule musculaire, siège de la *Force,* font entrevoir la double action psycho-motrice et vaso-motrice de l'Idée-force, c'est-à-dire des représentations, sur la formation des stigmates et des pleurs de sang, etc. ; sur les modifications des battements du cœur, sur la circulation artérielle et capillaire, expliquant ainsi les cicatrisations de certains ulcères et de plaies sanieuses, sur les paralysies musculaires d'origine psychiques, etc., etc.

L'attitude fœtale est prise automatiquement en flexion dans la douleur, et en extension dans le plaisir, non seulement chez l'homme, mais chez l'animal : quadrupède, bipède ou vertébré, ayant évolué fœtalement dans un milieu resserré. Le premier mouvement du fœtus est sa première pensée. Le premier mouvement fœtal est la première localisation medullo-psychique de ce mouvement.

L'art dans tous les pays et dans tous les âges a représenté la douleur en flexion et le plaisir en extension, tels les préhistoriques dans les gravures rupestres, tels les Assyriens, les Egyptiens, les Grecs et les modernes. Le magnifique monument du Père Lachaise, à Paris « Aux Morts », de Bartholomé, est un exemple. La femme, en attitude fœtale du premier plan, est au maximum de la douleur. Toutes les attitudes des autres personnages sont également en flexion, mais le degré de cette flexion est en raison de la mentalité que le milieu ou l'éducation ont créée chez chaque sujet. L'opposition est complète entre les deux femmes, celle du premier plan en attitude fœtale, en flexion complète, et celle de l'entrée au tombeau, en demi extension. Chez la première, l'Idée-force, excito-motrice, la Foi n'existe pas ; chez la seconde, elle existe et elle s'affirme dans l'extension légère du tronc, de la tête et du bras dans l'affirmation du moi, devant le mystère de la mort. Chez l'homme *qui doute,* la flexion est plus accentuée parce que le doute est asthénique et ramène automatiquement les segments dans l'attitude de la position fœtale. La flexion est plus prononcée dans le cortège d'un enterrement à la campagne que dans celui de la ville, parce que l'affirmation du moi est une nécessité sociale dans les grands centres où la lutte pour la vie est plus âpre qu'au village.

L'enfant se met plus facilement en flexion que l'adolescent et celui-ci que l'homme. L'homme civilisé est obligé de se composer un masque. Le masque des sensitifs et des timides est d'autant plus rigide que la timidité se méfie d'elle-même. Cette tenue est laborieuse parce que le geste fœtal en flexion tend toujours à se reproduire, la volonté ou plutôt le jugement impose le geste en extension. La lutte psycho-motrice entre ces deux gestes est intense, continue, profonde, elle provoque forcément la fatigue surtout chez les hommes d'État timides et sensibles obligés de toujours se composer un geste affirmatif à coup de volonté.

Le retour à l'attitude fœtale en flexion est en raison directe : 1° du degré de civilisation, le noir se fléchit plus facilement que le blanc ; 2° de l'âge, tel l'enfant, l'adolescent et l'homme ; 3° de l'émotivité, la femme se fléchit plus facilement que l'homme, d'où sa religiosité plus grande, etc.

Le retour à l'attitude fœtale en flexion est en raison inverse : 1° de l'éducation du caractère et de la volonté ; 2° du pouvoir d'inhibition acquis par l'éducation ; 3° de la santé physique intellectuelle et morale de la mère, au moment de la conception et de la gestation, puisque la répercussion circulatoire sur l'embryon est directement liée au pouls capillaire maternel. Ce pouls est sthénique dans le bien-être et asthénique dans la gêne. En raison de ces faits, la société doit protéger la mère depuis le moment de la fécondation jusqu'à celui de la délivrance. Dans tout homme, il faut toujours considérer l'ex-fœtus.

*
* *

Telles sont les considérations d'ordre général qui m'ont paru devoir attirer l'attention du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes sur la place importante que doit prendre forcément l'éducation physique dans notre vie sociale.

Ces choses-là sont encore très peu connues. Nul cours d'éducation physique n'existe dans les Facultés de Médecine. C'est une lacune que l'avenir doit combler, parce que l'éducation physique est avant tout une éducation nerveuse des centres psycho-moteurs. Il appartient aux médecins neurologistes sinon d'en prendre la direction, du moins d'apporter leur contribution scientifique à cette œuvre éminemment sociale.

Longtemps délaissée et livrée à des maîtres incompétents,

l'éducation physique est maintenant l'objet d'une grande sollicitude. Les bons vouloirs sont nombreux mais trop souvent encombrants. Dans la tour de Babel qu'est actuellement l'éducation physique, chacun parle une langue différente. L'empirisme, qui n'a pas désarmé, croit résoudre la question en satisfaisant tout le monde, par une méthode éclectique faite de pièces et de morceaux disparâtes qu'aucune loi scientifique directrice ne relie. Il joue également de la fibre patriotique en exaltant un chauvinisme déplacé. Ce chauvinisme refuse l'acceptation de la méthode suédoise, la seule qui soit scientifique.

L'homme, sous toutes les latitudes, possède un cerveau, un cœur, des poumons, des muscles, soumis aux mêmes lois psycho-physiologiques. Faire appel au chauvinisme en éducation physique est une faute lourde. Seuls, les hommes qui ne fréquentent pas avec la science peuvent la commettre ; c'est là leur seule excuse, mais ils retardent l'évolution en jetant le trouble dans les esprits, et c'est là leur condamnation.

Le moment est venu d'aiguiller la question sur la voie vraiment scientifique.

Ma communication n'a d'autre but que d'appeler l'attention des savants de ce Congrès, dont les travaux sur les maladies mentales et sur la psycho-neurologie font autorité ; si j'ai fait admettre l'idée que la collaboration des médecins aliénistes et neurologistes à l'œuvre de l'éducation physique est devenue une nécessité sociale, je considèrerai mes efforts comme ayant abouti pour la Patrie, par la Science.

M. F. SANO, *d'Anvers (Belgique)*. — Je n'oserais pas me rallier à toutes les propositions de M. Tissié, et je ne pense pas, notamment, que l'on puisse rattacher la surface pulmonaire à l'appareil ectodermique ; le poumon se développe aux dépens d'un bourgeon de l'endoderme. Mais je dois applaudir au principe même qui guide M. Tissié et qui consiste à augmenter dans les questions pédagogiques l'importance des préoccupations médicales et, partant, à relever la valeur du rôle que le médecin doit remplir dans les établissements d'éducation et d'enseignement.

A ce point de vue on ne saurait trop encourager une si noble et si courageuse initiative. Je puis en parler d'autant mieux que

nous en voyons chez nous les bienfaisants résultats. Grâce à une heureuse coïncidence, l'échevin de l'instruction publique à Anvers est médecin. Notre éminent confrère, le Dr V. Desguin, a donné à l'organisation du service médical des écoles une importance qu'elle n'a, je pense, nulle autre part. Non seulement nous avons quatre médecins inspecteurs des écoles qui concourent par leurs rapports et leurs conseils journaliers à corriger les écarts d'hygiène qu'il leur arrive d'observer, mais nous possédons, sous la direction du professeur Schuyten, un laboratoire de pédologie des mieux outillés. Je dois ajouter que le Dr Ley, médecin inspecteur, qui a sous sa haute surveillance l'école spéciale pour enfants arriérés, possède également un laboratoire de pédologie pathologique. En outre, une Société de pédologie, qui a des sections dans d'autres villes du pays, réunit périodiquement au laboratoire du professeur Schuyten les instituteurs et les médecins qui s'intéressent aux questions de pédologie. L'influence considérable de cette organisation modèle se fait journellement sentir et si des critiques se font jour de temps à autre, c'est précisément parce que sans cesse les questions médicales sont discutées avec compétence dans un tel milieu et avec de si précieux éléments.

Qu'il me soit permis d'ajouter aux faits intéressants cités par M. Tissié un exemple qui montre que, de nos études communes, d'autres notions encore peuvent résulter et que leur connaissance n'est peut-être pas sans utilité pratique.

Si j'envisage les noyaux moteurs médullaires qui entrent en fonction lors d'un mouvement simple, je pourrai me rendre compte de la région médullaire en activité.

En décomposant les mouvements qui successivement se produisent au cours d'une action complexe, la marche, la course, la nage, le saut, par exemple, je pourrai me rendre compte de la variation des régions mises en activité. Je pourrais suivre l'influx nerveux dans les divers étages de la moelle.

Dans les mouvements simples, ce sont d'habitude des noyaux très proches les uns des autres qui entrent en fonction. Les muscles antagonistes ne sont pas fort éloignés les uns des autres ; ils occupent cependant des régions assez différentes au point de vue de leur irrigation sanguine.

Ainsi M. Tissié nous parle de l'extension et de la flexion en

général et de celles du tronc plus spécialement. Il est curieux de noter que les muscles extenseurs de la colonne, tous localisés vers les noyaux médians, reçoivent leurs artères de l'artère vulco-commissurale, tandis que les noyaux fléchisseurs reçoivent leur irrigation sanguine de la vaso-corona, comme s'il y avait également une spécialisalion de l'irrigation sanguine. On a fait remarquer que la grande circulation périphérique du cerveau est antagoniste de la circulation des noyaux de la base. Le même fait paraît exister dans la moelle et correspondre nettement, dans ce dernier cas, à des différences dans la valeur fonctionnelle et antagoniste des noyaux innervés.

Le mouvement complexe qui me paraît le plus remarquable à analyser, c'est celui de la nage. J'entends parler de la nage exécutée comme le fait la grenouille. De l'étude des noyaux de la moelle qui se trouvent successivement intéressés dans cet acte on peut conclure : que successivement, de la moelle cervicale à la moelle lombo-sacrée, *tous* les noyaux se trouvent tour à tour intéressés. L'ensemble des mouvements se passe comme si une onde nerveuse excitatrice passait de la partie apicale à la partie caudale, intéressant successivement tous les noyaux moteurs, sans que le cordon pyramidal doive intervenir. La nage réalise l'ensemble des mouvements le plus régulier, le plus harmonique, le moins fatigant.

On voit combien l'étude rationnelle de la gymnastique et des sports peut gagner à la connaissance de ces notions qui, à première vue, paraissent ardues et purement théoriques.

M. BÉRILLON, *Médecin-Inspecteur des Asiles d'aliénés de la Seine, Professeur à l'École de Psychologie.*

La méthode hypno-pédagogique. — Ses applications au traitement des habitudes vicieuses chez les enfants. — La tendance aux impulsions vicieuses, anti-sociales, correspond chez les enfants à l'absence du pouvoir modérateur désigné sous le nom de volonté d'arrêt.

En général, l'éducation normale suffit pour créer la volonté d'arrêt. Mais il se présente des cas où les procédés habituels d'éducation se montrent insuffisants à réprimer les tendances impulsives. De là la nécessité de recourir à des procédés spéciaux de dressage.

En 1886, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à Nancy, nous avons présenté une étude générale sur la *Suggestion envisagée au point de vue pédagogique.* Dès ce moment, nous basant sur de nombreuses expériences qui nous avaient montré la valeur indiscutable de la suggestion hypnotique comme agent moralisateur, nous avions pu formuler quelques conclusions générales dont voici les principales :

« Lorsqu'on aura, disions-nous, à se préoccuper de l'avenir d'enfants vicieux, impulsifs, récalcitrants, incapables de la moindre attention, et de la moindre application, manifestant un penchant irrésistible vers les mauvais instincts, nous pensons qu'il n'y aura aucun inconvénient à provoquer l'hypnotisme chez ces créatures déshéritées.

» Pendant le sommeil hypnotique, les suggestions ont plus de prise. Elles ont un effet durable et profond. Il sera possible, dans bien des cas, en les répétant autant que cela est nécessaire, de développer la faculté d'attention chez ces êtres jusqu'alors incomplets, de corriger leurs mauvais instincts et de ramener au bien des esprits qui s'en seraient écartés infailliblement. »

En terminant, nous déclarions que, autant il y aurait d'illogisme à pratiquer l'hypnotisme chez des sujets excellents, bien portants, autant il y aurait d'intérêt à l'appliquer comme moyen pédagogique chez des sujets mauvais, vicieux ou malades. Nous nous empressions d'ajouter que l'emploi de ce procédé devrait être surtout réservé pour les cas où tous les autres moyens rationnels d'éducation auraient échoué, et qu'il ne devrait être appliqué que sous la direction de médecins compétents et exercés.

Depuis, la question s'est élargie et les applications de la suggestion hypnotiques à la pédagogie se sont multipliées.

Un des premiers résultats de ces recherches a été de modifier un certain nombre d'idées préconçues relatives à la méchanceté et à la perversité des enfants.

Les dispositions du caractère présentent de grandes variétés individuelles. Chez les animaux, de même que chez l'homme, ces dispositions évoluent entre ces deux termes : docilité et méchanceté. Chez l'enfant, l'analyse du caractère est difficile et l'on observe un nombre infini de modalités. Cela tient à ce que

les aptitudes héréditaires sont contrariées par les influences de milieu. Ces influences, à notre avis, jouent le rôle prépondérant dans la constitution de la personnalité ; cependant, abstraction faite de toute influence de milieu et de toute action éducative, un certain nombre d'enfants se montrent naturellement dociles et doux, tandis que d'autres se montrent indociles et méchants.

La plupart des auteurs ne voient dans la méchanceté et l'indocilité que des manifestations de la dégénérescence héréditaire. En réalité, pas plus chez l'homme que chez les animaux, la méchanceté n'est l'apanage de la dégénérescence. Des individus très robustes, de race très pure, sont d'emblée méchants ; d'autres, très dégénérés, sont très doux[1].

Quelle que soit la cause originelle de la méchanceté de l'enfant, il convient de recourir, pour la modifier, à une éducation spéciale et à un véritable dressage.

Le but de ce dressage sera surtout de créer chez l'enfant de véritables centres d'arrêt psychique et de procéder à une *éducation systématique de la volonté*. L'absence de la volonté d'arrêt conduit fatalement l'individu à la dégradation par la satisfaction exagérée des appétits. Par extension, l'absence de la volonté d'arrêt devient donc un facteur important dans la provocation de la dégénérescence.

La méthode d'éducation systématique de la volonté d'arrêt consiste dans l'emploi de la suggestion hypnotique.

Il est très remarquable de constater que les mêmes enfants qui se montrent absolument indociles et insociables à l'état de veille deviennent immédiatement malléables et éducables, dès qu'ils sont plongés dans l'état d'hypnotisme.

D'ailleurs les déséquilibrés et les dégénérés doivent, dans une certaine mesure, être appelés à bénéficier de cette méthode.

Pour Magnan, les impulsions irrésistibles ont leur cause dans un état de déséquilibration de l'axe encéphalo-médullaire. Or, dans le sommeil normal, et encore plus dans le sommeil provoqué, l'équilibre des fonctions nerveuses tend à se rétablir.

1. — Des exemples frappants nous sont donnés constamment en Asie Mineure. Les soldats turcs, très sobres, très robustes se montrent souvent cruels ; les Arméniens, extrêmement dégénérés, sont très doux. Les brigands de l'Herzégovine, d'une sobriété exemplaire, de race très pure et sans mélanges, exempts de tout stigmate de dégénérescence sont enclins au vol, à l'homicide et à toutes les manifestations de la cruauté.

C'est probablement par cette action physiologique du sommeil qu'on peut expliquer l'influence curative de l'hypnotisme.

Nous avons donné à notre méthode le nom de *Méthode hypno-pédagogique,* parce que l'emploi de l'hypnotisme en constitue l'élément fondamental.

Actuellement, en présence des résultats obtenus, on peut considérer la *méthode hypno-pédagogique* comme une science positive, réunissant tous les éléments d'une véritable *orthopédie mentale.*

En effet, il n'est plus permis de méconnaître la valeur de la suggestion hypnotique employée comme agent moralisateur et réformateur dans le traitement des enfants pervers, kleptomanes, impulsifs ou vicieux.

Nous avons journellement l'occasion d'en faire la démonstration expérimentale, lorsque des parents, justement préoccupés des tendances impulsives constatées chez leurs enfants, viennent spontanément nous demander d'appliquer sur ceux-ci la méthode hypno-pédagogique.

L'emploi de ce procédé a déjà permis de guérir un grand nombre d'enfants réfractaires aux procédés habituels d'éducation et *considérés à tort comme incorrigibles.*

Dans un grand nombre de cas, le succès de la méthode hypno-pédagogique est d'autant plus frappant et plus convaincant que les enfants soumis à ce traitement sont sous la menace d'un internement immédiat dans une maison de correction et qu'on y a recours, seulement, à la dernière extrémité.

Sans m'étendre sur l'exposé des procédés par lesquels on arrive à réformer chez un enfant les troubles du caractère et les habitudes vicieuses, je me bornerai à dire que les applications de la pédagogie suggestive reposent sur cinq principes fondamentaux qui découlent de l'expérience et de l'observation des faits.

1. — Le premier principe consiste dans *la nécessité d'étudier préalablement la suggestibilité naturelle des sujets,* c'est-à-dire de faire le *diagnostic de la suggestibilité.*

Pour cela, il faut, à l'état de veille, provoquer par suggestion, l'exécution automatique d'une série d'actes très simples. Le résultat de ces suggestions donne la mesure de leur suggestibilité. Cette expérience ne sert pas seulement à mesurer le degré

de suggestibilité de l'enfant ; elle devient un moyen d'investigation et d'exploration psychologique d'une très grande précision. Elle donne des résultats inattendus et révèle chez certains enfants une suggestibilité très supérieure à celle qu'on pourrait leur attribuer au seul aspect de leur physionomie. On comprendra l'importance de ces expériences quand on aura constaté la réalité de ce fait auquel nous donnons la valeur d'une véritable loi psychologique, à savoir que « *la suggestibilité est en rapport direct avec le développement intellectuel du sujet* ».

En un mot, *suggestibilité* est synonyme d'*éducabilité* et de *sociabilité*.

2. — Le second principe est de *provoquer chez l'enfant l'état d'hypnose, ou tout au moins un état passif,* c'est-à-dire un état physiologique caractérisé par la suppression et la diminution des diverses activités de son esprit, et par l'augmentation de l'automatisme.

Pour obtenir une guérison morale, la première condition est que le sujet soit hypnotisé ; quand il n'est pas hypnotisé, il se trouve dans les mêmes conditions qu'à l'école. Il résiste et se défend contre les suggestions. La production de l'hypnotisme avant toute tentative de suggestion est capitale. Quand le sujet est hypnotisable, on peut le considérer comme susceptible de guérison. *Hypnotisable veut dire curable.*

3. — Le troisième principe, le sujet étant hypnotisé, est de lui *imposer une direction morale par des suggestions impératives.* Les suggestions doivent être formulées avec précision et exprimées avec autorité. On ne discute pas avec une mauvaise disposition d'esprit. On le neutralise par une direction énergique. Cette opinion est d'ailleurs conforme avec la doctrine du grand philosophe Kant. Son *impératif catégorique* nous enseigne que la raison doit commander en maîtresse et qu'on ne doit pas transiger avec le devoir. Nous avons eu longtemps l'illusion que la persuasion pouvait suffire à modifier les habitudes vicieuses. L'expérience nous a appris qu'il fallait s'exprimer avec autorité. L'enfant vicieux est souvent très rusé. Il simule volontiers l'acquiescement aux suggestions avec l'idée de s'en débarrasser le plus vite possible. Si vous raisonnez avec lui, vous perdez l'influence. Dans la pédagogie du caractère, ce qu'il y a de plus difficile à corriger ce n'est pas la brutalité, c'est la fourberie et

la ruse. *La guerre à la ruse et au mensonge doit être la principale préoccupation du pédagogue.*

L'exemple suivant montre avec quelle habileté l'enfant profite des moindres hésitations de la part du milieu pour persévérer dans ses mauvaises habitudes.

« On amène un jour au docteur Liébeault un enfant indolent et paresseux dont on ne pouvait rien faire. M. Liébeault l'endormit et lui suggéra de bien s'appliquer et de travailler ; tout alla bien pendant quelque temps et l'enfant faisait merveille. Mais, au bout de quelques mois, les habitudes de paresse reprirent le dessus ; les parents voulurent essayer le même moyen, mais on se heurta à un obstacle inattendu : l'enfant ne voulut absolument pas se laisser endormir ; il avait travaillé parce qu'il y avait été forcé par la suggestion qui lui avait été faite, mais il avait travaillé à contre-cœur et ne voulait plus s'exposer à recommencer. Il était, comme Figaro, paresseux avec délices, et toutes les exhortations de ses parents restèrent sans effet sur lui. »

Les premières suggestions n'avaient pas été faites avec assez d'autorité.

4. — Le quatrième principe, *le sujet étant dans l'état d'hypnose ou l'état passif, est d'associer à la suggestion verbale une action psycho-mécanique.* — Dans les cas où il s'agit de corriger une impulsion plus ou moins irrésistible, ou une habitude automatique, l'action psycho-mécanique aura pour but la création d'un *centre d'arrêt psychique.* Cet effet sera réalisé soit en mettant mécaniquement le sujet dans l'impossibilité d'exécuter l'acte indiqué, soit en provoquant chez lui, par suggestion, une paralysie psychique. On répètera ces manœuvres jusqu'à ce que l'image de l'arrêt soit fixée dans le cerveau du sujet. — Dans les cas où il s'agira de modifier un état d'inertie mentale, on arrivera par l'image du mouvement et par un entraînement automatique, répété autant de fois que cela est nécessaire, à déterminer le réveil de l'énergie psychique.

5. — Le cinquième principe, l'opération étant terminée, est de *procéder au réveil complet de l'enfant qu'on a hypnotisé.*

***

Théoriquement les procédés par lesquels on arrive à déterminer l'état d'hypnotisme chez les jeunes sujets sont d'une assez grande simplicité apparente. Pratiquement, ils présentent de nombreuses difficultés. C'est pourquoi nous considérons comme un devoir de rappeler qu'on ne s'improvise pas plus médecin hypnotiseur qu'on ne saurait s'improviser, par exemple, comme médecin oculiste.

De même qu'il est admis que la pratique courante donne seule au chirurgien la dextérité de main indispensable pour réussir les opérations délicates, de même il est juste de reconnaître que l'expérience journalière peut seule contribuer à conférer une réelle sûreté dans l'application de la suggestion hypnotique comme moyen thérapeutique.

En dehors de la compétence technique, beaucoup de tact et d'attention sont nécessaires pour discerner le degré de suggestibilité du sujet. Il faut de plus un certain esprit d'à-propos pour varier la nature et l'autorité des suggestions selon la résistance que l'on rencontre.

La qualité dominante du médecin hypnotiseur doit être la prudence. A notre avis, il ne devra jamais oublier que le but qu'il poursuit est un but moral et curatif. Il ne devra, en aucune circonstance, faire la moindre concession à l'esprit de curiosité. C'est dire qu'il ne poussera jamais le sommeil provoqué à un degré plus profond que cela n'est nécessaire ; qu'il ne provoquera ni contractures, ni hallucinations. En un mot, toutes les suggestions devront viser un but utile et essentiellement profitable au sujet.

Les causes d'insuccès sont nombreuses. Elles proviennent le plus souvent de mauvaises influences du milieu dans lequel il vit.

Lorsque l'on constate chez un enfant une résistance inaccoutumée, au lieu de l'attribuer à une mauvaise volonté personnelle, à une sorte d'auto-suggestion, basée sur un raisonnement, il serait plus juste de rechercher s'il ne subit pas l'influence d'une personne intéressée à la non réussite de l'expérience. Dans plusieurs cas, nous avons pu remonter jusqu'à la cause de cette résistance.

Dans l'un, en particulier, l'enfant subissait l'influence d'un camarade qui, par jalousie, le détournait de l'idée de se laisser

hypnotiser. Dans un autre, le sujet avait été frappé par l'opinion, maintes fois exprimée par le médecin de la famille, que l'hypnotisme ne parviendrait pas à le guérir. L'événement prouva pourtant à ce médecin qu'il s'était trompé. Il eut la bonne foi d'en convenir.

On constate souvent de singulières contradictions. Un père ou une mère de famille ne veulent pas que leurs enfants contractent le vice dont ils sont eux-mêmes atteints. Ils ont la prétention qu'ils s'abstiennent d'habitudes dont ils sont les premiers à donner l'exemple. Dans ces cas-là, le médecin doit s'appliquer à guérir à la fois le père, la mère et l'enfant.

Bien que les défauts de l'enfant soient très nombreux nous limitons le plus souvent notre traitement à la guérison des habitudes vicieuses suivantes :

1° L'habitude de voler ou kleptomanie ;
2° L'onanisme ;
3° La perversité morale ;
4° L'habitude de ronger les ongles ou onychophagie ;
5° Le mensonge ;
6° La paresse ;
7° Les fugues et les impulsions au vagabondage ;
8e L'incontinence d'urine.

A chacune de ces habitudes vicieuses correspondent des procédés de traitement différents.

Je me bornerai à donner un exemple de celui par lequel nous arrivons à la guérison de l'onychophagie.

Le mot *onychophagie* est un néologisme que nous avons créé pour désigner l'habitude de se ronger les ongles. Cette habitude est extrêmement répandue chez les enfants. Nous avons démontré, dans un travail documenté, qu'elle était fréquemment associée à l'existence de stigmates de dégénérescence et à d'autres habitudes vicieuses. Bien que l'onychophagie soit difficile à guérir chez les dégénérés, dès que l'on a recours à l'hypnotisme, la guérison s'obtient au contraire avec la plus grande facilité.

Voici dans toute sa simplicité le procédé dont nous vérifions chaque jour l'efffcacité chez les enfants atteints d'onychophagie.

Le malade étant hypnotisé et assis dans un fauteuil, les deux avant-bras reposant sur les appuis du siège, je saisis une des mains et je la maintiens solidement. Je dis alors au sujet :

« Essayez de porter votre main à votre bouche et de vous ronger les ongles. — Vous voyez que vous ne le pouvez pas. — La pression que j'exerce sur votre main est un obstacle que vous ne pouvez vaincre. — Eh bien, lorsque les circonstances dans lesquelles l'habitude se renouvelle surviendront, vous éprouverez dans la main la même sensation de pression que vous ressentez en ce moment. Votre bras vous paraîtra lourd à soulever. Cette fois, la résistance sera constituée non plus par ma main, mais par une véritable impuissance. La force à dépenser pour vaincre la résistance vous donnera le temps de vous ressaisir, d'avoir conscience du mouvement que vous alliez exécuter et de faire intervenir votre propre volonté. » Je répète cet exercice à plusieurs reprises, pour l'une et l'autre main, et la séance est terminée.

Habituellement, les sujets éprouvent toutes les sensations suggérées. Ainsi, dès le lendemain de l'opération, chaque fois que la main se soulève automatiquement pour se diriger vers la bouche, ils éprouvent nettement dans l'avant-bras une sensation qui contrarie le mouvement. Cette sensation d'arrêt est telle, que beaucoup accusent dans le bras un réel engourdissement, qui se reproduit à l'occasion de chaque mouvement d'élévation. Ces sensations sont d'ailleurs passagères. Lorsque l'action curative n'a été exercée que sur un seul bras, l'autre membre continue à céder à l'habitude automatique, et ce fait constitue une expérience de contrôle du plus grand intérêt.

La méthode ne donne de bons résultats que chez les sujets doués déjà d'une certaine intelligence. Elle n'est pas applicable aux idiots, ni aux enfants atteints de débilité mentale accentuée.

Nous considérons donc que dans l'application de la méthode hypno-pédagogique, ce n'est pas la suggestion, mais l'hypnotisme qui joue le rôle prépondérant. Les guérisons obtenues par son intervention sont durables. Il est d'ailleurs à noter que les rechutes, toujours possibles par l'intervention des influences de milieu et des diverses causes pathologiques (intoxications, traumatismes, perturbations émotives), sont d'autant plus faciles à guérir que le sujet bénéficie de l'entraînement psychologique créé par les traitements antérieurs.

Nous devons ajouter que la méthode hypno-pédagogique utilisée par des médecins compétents et expérimentés est d'une

innocuité absolue et ne comporte aucun inconvénient pour le sujet soumis au traitement.

* * *

La conférence de M. Bérillon est illustrée par des projections où l'on voit passer un certain nombre d'enfants soumis à cette méthode hypno-pédagogique.

La séance est levée à 10 heures.

Les Congressistes se rendent après la séance dans les salons du Restaurant Clair, où la Société Médicale de Pau a organisé une réception.

(Voir aux Comptes-rendus de la deuxième Partie.)

SÉANCE DU MATIN

(6 AOUT — 10 HEURES)

Hôtel-de-Ville de Louvie (Vallée d'Ossau).

Près de 150 Congressistes arrivés de Pau qui en chemin de fer, qui en automobile, sont encore là, fidèles au programme scientifique, heureux aussi de répondre à l'invitation de leur aimé Président, qui avait tenu à les réunir pour la clôture de leurs travaux, en ce site riant de Louvie-Izeste, où naquit de Bordeu, cet ancêtre des neurologistes, dont il avait prononcé l'éloge à l'ouverture de la session.

En ouvrant cette dernière séance dans la salle du Conseil de la Mairie, ornée de trophées de drapeaux et d'écussons sur lesquels on lisait « Honneur au Dr de Bordeu, 1722-1776 », M. Brissaud remercie M. Camps, son collègue au Conseil Général et maire de Louvie, de l'accueil aimable qu'il avait fait au Congrès en cet Hôtel-de-Ville, coquettement situé sur les bords du gave, dans le cadre plein de fraîcheur des montagnes et cède la présidence à M. le Dr Noguès, pour la suite des communications.

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr NOGUÈS, VICE-PRÉSIDENT.

M. le Dr Noguès donne successivement la parole aux auteurs des diverses communications encore inscrites au programme.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. BÉRILLON, *Médecin-Inspecteur des Asiles d'aliénés de Paris.*

Le Dispensaire anti-alcoolique de Paris et le traitement des buveurs d'habitude. — Depuis quelques mois, le traitement des alcooliques est entré dans une phase nouvelle. En Russie, les Pouvoirs publics donnant au traitement par la suggestion hypnotique une consécration officielle ont provoqué, sous le nom d'ambulances anti-alcooliques, des consultations où les sujets sont traités par l'hypnotisme. Ces consultations existent déjà à St-Pétersbourg, à Moscou, Ekaterinoslaw et dans plusieurs autres villes. Les municipalités ayant fait connaître, par voie d'affiches officielles, l'efficacité du traitement par la suggestion hypnotique, les consultations ont été immédiatement fréquentées par un grand nombre d'intéressés.

Il convient de rappeler que c'est en France que ce mouvement a pris naissance. Personnellement, dans des communications antérieures au Congrès de Nancy (1896) Grenoble (1902) nous avons démontré que le traitement le plus efficace des habitudes d'alcoolisme consiste dans la rééducation de la volonté réalisée par un traitement psychologique.

Les causes qui provoquent l'habitude de boire sont très variées et la résistance des sujets à l'impulsion est très différente ; la cure du buveur doit donc reposer, avant tout, sur une étude de psychologie individuelle. Cette étude nécessite, de la part du médecin traitant, non seulement des connaissances psychologiques approfondies, mais aussi une compétence spéciale dans l'application de l'hypnotisme et de la suggestion.

Jusqu'à ce jour, il était presque impossible à un buveur d'habitude de trouver en dehors de l'Asile d'aliénés les divers traitements et la direction morale nécessaires pour arriver à la guérison. Il en résultait que beaucoup de sujets bien intentionnés, ne pouvant interrompre leurs occupations professionnelles



sans compromettre leur situation et celle de leur famille, renonçaient à toute tentative de traitement.

C'est pour faciliter le traitement à une nombreuse catégorie de malades d'autant plus intéressants qu'ils sont conscients de la gravité de leur état et aussi qu'ils ne présentent pas encore de troubles mentaux accentués que le dispensaire anti-alcoolique de Paris a été créé.

Bien qu'il existât depuis plusieurs années, l'inauguration en a été faite il y a quelques mois sous la présidence de M. Jules Voisin, médecin à la Salpêtrière, assisté de MM. les Docteurs Legrain, médecin de Ville-Evrard, et Félix Regnault, professeur à l'École de psychologie.

Le traitement appliqué au dispensaire anti-alcoolique est à la fois psychologique et symptomatique. Il repose sur l'association de la suggestion hypnotique avec les divers procédés les plus capables de soutenir l'énergie du malade, de neutraliser les troubles fonctionnels et d'arriver à la rééducation de sa volonté.

M. LANNOIS, *Agrégé, Médecin des Hôpitaux de Lyon.*

Myotonie avec atrophie musculaire. — L'observation qu'on va lire pourrait aussi bien être intitulée *Myopathie progressive avec hypertonie* que *Maladie de Thomsen fruste avec atrophie musculaire.* Les faits de ce genre me paraissent mériter d'être publiés pour deux raisons : la première est qu'ils sont rares, la seconde qu'ils ont une certaine importance théorique. Ils servent en effet de lien entre les myopathies primitives et la maladie de Thomsen et constituent un bon argument en faveur de la nature myopathique de cette dernière.

Voici d'abord l'observation :

Atrophie musculaire à forme segmentaire occupant les avant-bras et surtout les jambes. — Début il y a quatre ans par des douleurs, de la parésie et du steppage. — Abolition des réflexes rotuliens. — Myotonie à forme de maladie de Thomsen.

Ch..., Ignace, cocher, âgé de 37 ans, entre dans le service le 26 décembre 1903.

Son père est mort à 66 ans d'une attaque ; il avait eu une pleurésie, n'avait jamais eu de crises, ne buvait pas. La mère est morte à 68 ans. Il ne paraît y avoir eu aucune affection nerveuse parmi les ascendants ou les collatéraux.

Il a perdu une sœur à 22 ans, d'anémie, deux sœurs jumelles mortes en bas-âge et un frère mort du croup à 4 ans. Il lui reste un frère et une sœur plus âgés que lui qui ne présentent aucune tare nerveuse.

Sauf de l'énurèse ayant persisté jusque vers l'âge de 5 ans, on ne trouve rien à noter dans ses antécédents personnels. Il a eu la fièvre typhoïde au service militaire. Il avoue une blennorrhagie, mais nie la syphylis ; il a bien eu des végétations sur la verge pendant son service militaire, mais fort loin de tout rapport sexuel et il semble bien qu'il ne s'est agi que de papillomes.

La maladie actuelle remonte à 4 ans : on lui fit remarquer qu'il lançait les jambes en marchant. Lui-même ne s'apercevait que d'un peu de gêne dans la jambe gauche. Deux ans plus tard, il eut des douleurs assez vives, toujours diurnes, dans les deux genoux ; ces douleurs, qu'il compare à la traversée du genou par une aiguille avaient assez nettement le caractère fulgurant et cela, joint à l'absence des réflexes rotuliens, fit penser à son médecin qu'il s'agissait de tabes. La gêne de la marche et la faiblesse générale augmentant progressivement, on lui parla de suspension, et c'est pour cela qu'il entre à l'hôpital.

A l'examen on s'aperçoit vite que sa démarche n'est pas celle d'un tabétique : il lance les jambes en avant, mais bien dans la ligne droite, la pointe du pied retombe la première, puis le talon qui frappe fortement le sol ; aussi la marche est-elle gênée par ce steppage très accusé. Du reste il n'a pas d'incoordination motrice ; il lui est difficile de mettre le talon sur le genou, mais il y arrive sans mouvement ataxique. Il n'a aucun trouble de la sensibilité, pas de Romberg, etc.

Au reste, l'explication de tous ces troubles se trouve-t-elle tout simplement dans *l'atrophie musculaire des deux jambes*. Celle-ci est très accusée surtout si on regarde le malade en avant, ainsi qu'on peut le voir sur la photographie. La crête du tibia est devenue très saillante par l'atrophie très apparente des muscles de la région antéro-externe. Ceci frappe d'autant plus que cet homme est fortement musclé et que ses cuisses sont volumineuses.

Au point de vue fonctionnel, l'atrophie se traduit par une gêne très marquée dans le fléchissement du pied sur la jambe et par l'impossibilité pour le malade de relever le gros orteil, alors que les autres doigts du pied sont susceptibles d'un léger mouvement. La parésie est plus marquée à droite. Les autres mouvements sont possibles, surtout l'extension du pied, mais se font avec lenteur.

L'atrophie musculaire est encore évidente, mais cependant moins marquée si on regarde les mollets : c'est leur partie interne qui paraît aplatie. Il y a cependant un contraste très manifeste entre le mollet et les formes athlétiques des cuisses.

Le même contraste existe aux membres supérieurs entre le volume du bras et celui de l'avant-bras, mais moins accusé qu'aux membres inférieurs ; l'avant-bras paraît plus petit qu'il ne devrait être, mais sans localisation sur un groupe musculaire déterminé. Le malade se plaint de la faiblesse de ses membres et, de fait, il ne donne que 25 au

dynamomètre de l'un et l'autre côté. Pas d'atrophie des petits muscles de la main.

Les mensurations montrent, d'une façon générale, une différence légère au détriment du côté droit, bien que le malade n'ait jamais été gaucher.

On trouve :

	Droite.	Gauche.
Bras à 14 centimètres au-dessus de l'olécrane...	30	30.5
Avant-bras à 16 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus..................	24.5	25
Cuisse à 16 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule.........................	53	54
Mollet à 24 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole interne.....................	35	36

Aucune atrophie apparente des muscles du tronc, des ceintures pelviennes et scapulo-humérales, non plus que de la face. Les petits muscles du pied et de la main paraissent normaux.

A côté de cette atrophie musculaire, le phénomène le plus saillant est la *myotonie, la lenteur de la décontraction musculaire* qui accompagne un certain nombre de mouvements. Si on dit au malade de serrer la main ou le dynamomètre, on constate que la pression continue à s'exercer et ce n'est qu'au bout de quelques secondes que les doigts s'étendent peu à peu (l'index en premier lieu) et perdent leur raideur. C'est absolument le même phénomène que dans la maladie de Thomsen. Il se produit avec la même intensité aux deux mains. Comme dans la maladie de Thomsen, si on fait exercer la pression deux ou trois fois de suite, la raideur disparaît et le mouvement s'exécute normalement.

Il y a environ trois ans que le malade s'est aperçu de cela peu après l'apparition des troubles de la démarche. Lorsque en conduisant ses chevaux il tirait un peu brusquement sur les rênes, la contracture se produisait dans les mains et il était obligé de rendre de l'avant-bras ou même de l'épaule, pour ne pas jeter son attelage contre un mur ou dans un fossé.

A table, surtout s'il est intimidé par la présence d'un tiers, il ne peut lâcher son verre, son couteau, etc. Rien dans les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras.

Ce n'est d'ailleurs pas seulement dans les mains et les avant-bras que ces phénomènes se produisent. Le matin, en se levant, parfois lorsqu'il est resté assis longtemps, il éprouve au niveau de la partie postérieure des cuisses, dans les fesses et même dans le dos une sorte de tension qui l'attire en arrière et le ferait tomber accroupi après deux ou trois pas à reculons. Aussi a-t-il la précaution de toujours s'asseoir, au moment où il se lève, sur une chaise qu'il a disposée à cet effet près de son lit.

Il a aussi quelques phénomènes analogues du côté de la bouche : il a de la raideur après les premiers efforts de mastication et il est habituellement gêné lorsqu'il commence à parler. Il lui semble qu'il ne

peut remuer les lèvres, la langue et qu'il ne pourra ouvrir la bouche. Cela remonte à deux ans.

Le matin, la première miction est toujours gênée : il est obligé d'attendre et de pousser fortement, ce qui ne se produit que rarement dans la journée. Il est parfois obligé de marcher pendant plusieurs minutes en ressentant une sorte de constriction dans les os du bassin avant de pouvoir uriner.

Le malade accuse aussi, outre les douleurs passagères des genoux que nous avons déjà signalées, une sensation de raideur très manifeste dans les membres inférieurs et le dos lorsqu'il est resté couché ou assis pendant un certain temps. A plusieurs reprises, il s'est plaint d'avoir dans les cuisses et les membres supérieurs une sorte de frémissement musculaire, allant parfois jusqu'à la crampe douloureuse.

La sensibilité est normale dans tous ses modes. Il n'y a rien à noter du côté des organes des sens, sauf de l'inégalité des pupilles, la droite étant plus dilatée ; elles réagissent avec lenteur à la lumière et à l'accommodation, mais normalement.

Les réflexes tendineux, rotulien et achillien *sont abolis ;* les réflexes du bras et de l'avant-bras sont faibles. Pas de réflexe cutané plantaire ; crémastérien faible ; abdominal, conjonctival, cornéen normaux.

L'état général est bon. Il dit avoir maigri un peu et il ne pèse que 78 kilog. : il en aurait pesé 87. Toutes les fonctions s'accomplissent normalement ; il n'a rien de particulier du côté génital. Pas de sucre, ni d'albumine.

L'examen électrique permet d'affirmer l'existence de la réaction myotonique. Avec le courant interrompu, lent (30 par minute), chaque passage donne une secousse très nette, soit dans les fléchisseurs et les extenseurs de l'avant-bras droit, soit dans les muscles de la région antéro externe de la jambe. Avec le courant interrompu rapide appliqué sur les fléchisseurs, on a une fermeture spasmodique de la main et le malade ne peut étendre les doigts qu'au bout d'un instant, comme dans la flexion volontaire. Le même phénomène se produit par l'électrisation des extenseurs. A la 3e ou 4e application, la permanence de la contraction ne s'observe plus.

Avec le courant continu, on constata d'abord une diminution de la contractilité galvanique : avec 15 à 20 milliampères, on n'arrivait pas à avoir la moindre secousse ni à l'ouverture, ni à la fermeture, bien que le malade sentit bien passer le courant et accusât de la brûlure au pôle négatif.

Dans une autre recherche, on obtint des secousses avec 12 milliampères à la fermeture du positif comme à celle du négatif, ces dernières étant plus fortes et plus persistantes ; on n'a pas de secousses à l'ouverture. A l'électrisation du cubital, on obtenait également des secousses à la fermeture des deux pôles, celles du négatif étant plus fortes que celles du positif.

Le consentement du malade ayant été obtenu, mon ami M. Tixier, chirurgien des hôpitaux, enleva sous anesthésie un fragment du jam-

bier antérieur droit. Vaisseaux veineux, nombreux et volumineux. Le muscle mis à nu a un aspect pâle, presque jaune. Le fragment enlevé fut divisé en quatre parts dont deux furent mis immédiatement dans l'alcool et le liquide de Müller, les autres seulement après 7 heures d'exposition à l'air. Les préparations ont été faites par mon interne, M. A. Porot, et examinées par mon collègue et ami Paviot, qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

« Il n'y a pas de différence entre les fragments fixés immédiatement et ceux qui le furent seulement sept heures après.

» La lésion est celle de la myopathie dans ses détails absolument classiques. Le *tissu interstitiel* du muscle est partout altéré mais irrégulièrement ; il est remplacé par une substance fibreuse, hyaline, rose, d'autant plus abondante que les fibres musculaires sont plus altérées. Il est difficile de dire si les noyaux des cellules fixes de ce tissu sont augmentés de nombre, car on ne peut les différencier des noyaux restant des fibres musculaires disparues. Çà et là, îlots de vésicules adipeuses, mais non disposées en groupes ou en séries paraissant répondre à des fibres disparues. Les artères et artérioles offrent de l'hyperplasie de la tunique musculaire et de l'endartérite oblitérante.

» Pour les *fibres musculaires*, leurs altérations sont typiques ; il y a de très grosses fibres à côté de très petites. Les très grosses gardent en général leur velouté granuleux sur des coupes transversales, mais prennent parfois un aspect sombre (amas granuleux de Lewin). Les fibres vues en long gardent toujours leur striation double, qu'elles soient hypertrophiées ou atrophiées. Vues en long, les grosses sont de calibre inégal, c'est-à-dire qu'hypertrophiées en un point, elles diminuent plus loin jusqu'à devenir normales ou atrophiées. Nous n'avons pu observer nettement l'état bifide sur ces coupes longitudinales, mais dans ces conditions nous avons vu souvent la masse de substance musculaire comme craquelée transversalement. Sur les coupes transversales, nous n'avons vu aucune division intrinsèque des fibres.

» L'augmentation numérique des noyaux est très nette ; non seulement ils augmentent sous le sarcolemme formant de véritables couronnes, mais aussi dans le sein même des fibres.

» Quand la substance musculaire diminue, quand la fibre s'atrophie, ces noyaux paraissent proportionnellement augmentés de nombre. On voit des fibres très petites qui ne présentent plus qu'un mince amas de substance musculaire semée de nombreux noyaux. Un degré de plus, les noyaux seuls existent dans la gaîne du sarcolemme, de sorte que sur les coupes en travers on croirait voir des cellules géantes. Au degré extrême, il ne reste plus que de petits groupes de noyaux dans la substance hyaline fondamentale. Tous ces états voisinent et peuvent être observés sur un même champ microscopique. Ajoutons, en terminant, que quelquefois les noyaux musculaires isolés et encore entourés de substance musculaire sont très volumineux. »

L'histoire de ce malade peut donc se résumer ainsi : chez un homme de 33 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels sérieux, non alcoolique, non syphilitique, surviennent concurremment du steppage par atrophie des muscles de la jambe et des douleurs à caractère fulgurant qui, joints à l'absence de réflexes rotuliens, font d'abord penser à de l'ataxie. En même temps, apparition de phénomènes de myotonie absolument comparables à ceux de la maladie de Thomsen, mais plus limités. Aggravation lente des symptômes et asthénie musculaire progressive malgré la conservation apparente du reste de la musculature, de telle sorte que tout travail devient impossible. Réaction électrique myotonique. A l'examen biopsique, lésions de la myopathie progressive.

Je ne crois pas qu'on puisse songer à autre chose chez ce malade, qu'à une myopathie, un peu anormale il est vrai comme localisation, puisque ce sont surtout les avant-bras et les jambes qui sont atteints, à l'exclusion des muscles des ceintures et des petits muscles des extrémités. Les douleurs du début au niveau des genoux ont eu un caractère fulguraut qui n'existe plus aujourd'hui et lorsque le malade accuse actuellement des douleurs, il est facile de se convaincre qu'il s'agit seulement d'un frémissement musculaire allant jusqu'à la crampe. On sait d'ailleurs que ces douleurs existent parfois chez les myopathiques, et j'en ai publié une observation typique l'an passé avec M. Porot[1], ce qui nous a permis de citer plusieurs cas analogues. D'ailleurs l'examen du fragment de muscle enlevé est trop classique pour laisser place au doute.

Mais les phénomènes de myotonie ne sont pas moins caractéristiques ; ils sont absolument analogues à ceux de la myotonie congénitale, de la maladie de Thomsen. J'ai, cet hiver, dans une leçon clinique, montré à la fois aux élèves le malade en question et un cas typique de maladie de Thomsen. Il n'y avait absolument aucune différence dans la difficulté éprouvée par les deux malades pour ouvrir les doigts après vous avoir serré la main. De même ordre sont les contractions toniques qui entraînent le malade en arrière lorsqu'il se lève et le forcent à s'asseoir, la

1. — M. Lannois et à A. Porot : *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* 1903.

difficulté de la parole et de la mastication au début, peut-être même la gêne de la première miction matutinale (bien qu'elle ne fasse pas partie de la symptomatologie habituelle de la myotonie congénitale), les frémissements et les spasmes musculaires, la réaction myotonique.

Il n'est donc pas douteux qu'il ne s'agisse dans ce cas d'une superposition des symptômes de la myopathie et de la myotonie.

*
* *

Les faits de ce genre, nous l'avons déjà dit, ne sont pas nombreux. Quelques-uns ont cependant été rapportés.

Hoffmann [1], dans un cas de myotonie congénitale a signalé l'atrophie musculaire de la main et de l'avant-bras alors que la musculature était volumineuse à la cuisse et à la jambe. Les muscles atrophiés présentaient la réaction de dégénérescence et Hoffmann s'est prononcé pour une névrite associée. Il est revenu sur ce sujet dans un mémoire très complet paru dans le recueil jubilaire de Erb.

Kornhold [2] a publié l'histoire très intéressante, recueillie à la clinique de Raymond, d'un sujet de 34 ans, qui eut successivement de l'atrophie des mains, des avant-bras, des membres inférieurs et même des masticateurs. Dans chacun de ces départements musculaires, les spasmes myotoniques firent régulièrement leur apparition après l'atrophie. Lamy [3], en rapportant ce fait, remarque que c'est une évolution tout à fait inconnue jusqu'ici dans la maladie de Thomsen.

A la même époque, Pelizæus présentait à la Société de Psychiatrie et de Neurologie de Berlin [4], un malade chez lequel existait à la fois de la myotonie et de l'atrophie musculaire.

Chez un malade de Dana (cité par Kornhold), la maladie de Thomsen survint quatre ans après le début de l'atrophie musculaire.

1. — Hoffmann : *Deuts. Zeits. für Nervenheilkunde*, vol. IX, p. 273, et vol. XVIII, 1900.

2. — Kornhold : *Thèse de Paris*, 1897.

3. — H. Lamy : Maladie de Thomsen, *in Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*, t. X, p. 623.

4. — Pelizæus : Berliner, kl. Wochens., 1897.

A cette énumération il convient d'ajouter encore les faits de Jolly [1], de Schœnborn [2], de Frohmann [3].

Noguès et Sirol [4] ont publié une observation à laquelle la mienne est superposable dans ses traits principaux. C'était un homme de 33 ans, toussant facilement et réformé pour bronchite, qui présentait de l'atrophie du jumeau interne, du jambier antérieur et de l'extenseur commun des orteils ; il avait de la diminution de l'excitabilité faradique des muscles paralysés avec tétanisation (durable réaction myotonique) pour les muscles de la cuisse. Depuis l'âge de 17 ans, cet homme a observé deux phénomènes qui d'ailleurs le gênent peu : il éprouve une certaine difficulté à opérer les premiers mouvements de mastication ; en second lieu, s'il tient un fardeau et est obligé de fermer fortement les doigts pour le maintenir, il éprouve une grande difficulté à le laisser aller. De même, s'il fléchit fortement les doigts dans la main, il ne peut les ouvrir que lentement. A noter que le père avait aussi une certaine difficulté à accomplir les premiers mouvements de mastication au début des repas.

De même ordre est l'observation de Bernhart : un jeune homme de 19 ans présentait de la rigidité musculaire datant de l'enfance et se manifestant surtout sous l'influence du froid ; il existait en même temps chez lui de la parésie musculaire des avant-bras, aussi bien des fléchisseurs que des extenseurs, avec légère atrophie musculaire.

Il faut encore citer le cas intéressant publié plus récemment par Rossolimo : un homme de 37 ans présente depuis 3 ans des phénomènes myotoniques dans les muscles de la face, du cou, du tronc, de la ceinture scapulo-humérale et des membres inférieurs avec prédominance au bras. Plus tard apparaît une atrophie musculaire qui envahit surtout les muscles ayant présenté de la myotonie. L'examen du muscle montre l'hypertrophie des fibres comme dans la maladie de Thomsen à côté des fibres très atrophiées et d'infiltration interstitielle. La réaction électrique myotonique existe avec diminution quantitative. Les réflexes tendineux sont très affaiblis.

1. — Jolly : Ueber myotonia acquisita (*Neurol. Centrabl.*, 1896).
2. — Schœnborn : *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk*, Bd, XV.
3. — Frohmann : *Deuts. med. Wochensch.*, 1900.
4. — Noguès et Sirol : Maladie de Thomsen à forme fruste avec atrophie musculaire. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1899.)



On voit par cette énumération qu'il existe au moins une douzaine d'observations dans lesquelles coexistaient l'atrophie musculaire et les phénomènes myotoniques et cela suffit pour rendre indiscutable l'existence de la *myotonie atrophique* au point de vue clinique et même au point de vue anatomo-pathologique.

C'est d'ailleurs en se basant sur ce fait aujourd'hui avéré que M. Oddo cherchait récemment à établir des rapports étroits entre les myopathies, la myotonie et la myoplégie (paralysie familiale paroxystique). On sait aussi que Möbius avait cherché à rapprocher la maladie de Thomsen de la paralysie pseudo-hypertrophique.

On peut encore trouver un argument en faveur de cette opinion dans les contractions très localisées qu'on peut observer chez certains myopathiques. Nous laisserons même de côté les cas dans lesquels existent des rétractions tendineuses et dans lesquels l'hypertonie de certains groupes musculaires n'est peut-être pas sans jouer un rôle important. Il est bien connu qu'il peut se faire des contractures localisées sur la longueur d'un faisceau musculaire, aux membres inférieurs surtout ; pour ne citer qu'un cas personnel, le malade auquel j'ai fait allusion plus haut (cas de Launois et Porot) présentait une véritable sangle très persistante au niveau du mollet dès qu'il essayait de faire un mouvement du pied. Un autre de mes malades, grand myopathique depuis 17 ou 18 ans, avec atrophie généralisée, sauf aux jambes, présente depuis cinq ans un phénomène singulier ; lorsqu'il se lève de son lit ou de sa chaise, il a une contraction totale des muscles du mollet qui soulève les talons, élève tout le corps sur la pointe des pieds et le ferait tomber en avant s'il ne prenait quelques précautions. Je crois intéressant de résumer son observation.

Myopathie généralisée avec pseudo-hypertrophie et myotonie des muscles du mollet.

Le nommé Bois. .., âgé de 55 ans, exerçait la profession de mineur. Il y a 17 ans qu'il a commencé à s'apercevoir qu'il ne pouvait se relever facilement quand il avait travaillé dans la mine : il était obligé d'appuyer ses mains sur ses genoux. Puis ses camarades le voyant à nu lui dirent qu'il maigrissait, que les os lui sortaient du dos et, au bout de six mois, il dut cesser sa profession. Un an plus tard il entrait dans le

service du professeur Lépine où il fit plusieurs séjours. J'ai des photographies du malade, que j'ai fait prendre à cette époque, qui montrent une atrophie myopathique généralisée avec conservation des muscles postérieurs de la jambe. Le même état persiste actuellement comme il est facile de s'en convaincre sur la photographie ci-jointe, bien que l'atrophie ait été un peu masquée par de l'adiposité ultérieure.

Il y a cinq ans, un nouveau phénomène est apparu et persiste encore actuellement. Lorsque le malade descend du lit, le poids du corps fait d'abord toucher terre aux talons, mais immédiatement les mollets se contractent et deviennent très durs : les talons se détachent du sol, se relevant de plusieurs centimètres, et le malade se trouve suspendu sur la pointe des pieds. Ce n'est qu'au bout de quelques secondes, parfois même une minute, que les muscles se relâchent et que les talons retombent sur le sol. Il serait précipité en avant s'il ne prenait la précaution de placer une chaise devant lui ou de se retourner avant de descendre du lit. Le même phénomène se produit lorsqu'il se lève d'une chaise après être resté longtemps assis ; c'est dans ces conditions qu'il a été photographié. La menace de chute en avant tient évidemment à l'atrophie des muscles des fesses et de toute la gouttière vertébrale.

Si on le fait marcher, les premiers pas sont toujours un peu difficiles, puis la marche devient normale tout en s'accompagnant du dandinement caractéristique. Si le plan est incliné ou s'il veut modifier son allure, c'est toujours la pointe du pied qui retombe la première.

Il y a une diminution nette de l'excitabilité électrique. Pour le courant faradique, par exemple, il faut mettre le chariot à 500 pour avoir des contractions des muscles des mollets avec les interruptions lentes : on n'a pas de persistance de la contraction. Avec le courant à interruptions fréquentes, on commence à avoir des contractions à 300 et le muscle reste dur et contracté pendant quelques secondes après le passage du courant.

Il me semble inutile d'insister davantage sur l'intérêt clinique des faits que je viens de rapporter. Ils établissent un rapport évident entre la myotonie et la myopathie et sont un bon argument clinique en faveur de la nature myopathique de la maladie de Thomsen. L'étude ultérieure des cas de ce genre pourra sans doute contribuer à éclaircir quelques-uns des points obscurs qui existent encore aussi bien dans la maladie de Thomsen que dans les myopathies.

M. Ernest DUPRÉ, *Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Paris.*

Aphasie avec mouvements associés du membre supérieur droit. — Il s'agit d'un cas d'aphasie motrice et sensorielle par artérite sylvienne, dans lequel, à la suite d'une

période psychopathique subaiguë (confusion, agitation, etc.) l'aphasie s'accompagna de mouvements associés synchrones avec les mouvements de la parole et les efforts du langage intérieur. Ces mouvements diminuèrent avec l'amélioration de l'aphasie ; mais il persiste encore une association syncinétique entre le langage et les gestes de la main droite.

M. CROUZET, *Directeur du Sanatorium de Pau.*

Le Climat de Pau et les nerveux. — Je désire, dans cette note, attirer l'attention sur une particularité du climat de Pau, particularité trop laissée dans l'ombre par nos confrères.

Tous les auteurs qui ont étudié le climat palois en ont reconnu le côté sédatif et calmant, et je ne reviendrai pas sur ce point si bien mis en relief dans la brochure de notre excellent confrère le Dr Goudard.

Les médecins qui ont parlé de notre climat ont eu surtout en vue son action sur la tuberculose pulmonaire. C'est un climat sédatif, convenant parfaitement aux formes congestives et éréthiques de la phtisie pulmonaire. Cela est vrai et très exact. Mais il me paraît nécessaire d'insister sur ce point : toutes les affections nerveuses présentant un éréthisme plus ou moins marqué bénéficient elles aussi de cette influence sédative et légèrement tonique.

Il est très fréquent d'observer au début de la tuberculose pulmonaire des symptômes d'excitation plus ou moins marqués. La gamme de ces symptômes est très riche et va, depuis le simple changement de caractère jusqu'à l'excitation maladive qui s'observe assez souvent chez les individus, prédisposés par une hérédité nerveuse plus ou moins chargée.

Dans la majorité des cas, le malade ignorant encore que son poumon est touché, présente un changement complet dans ses habitudes, dans sa manière d'être et de vivre.

Tel qui était très doux, devient subitement irritable, fantasque. Tel autre, ordonné, rangé, cesse presque subitement de prendre intérêt à ses affaires, ou les gère déplorablement. Tel, enfin, qui a eu un léger crachement de sang, vit dans la crainte perpétuelle de voir apparaître un nouveau crachat rouge, et l'hémophobie est un symptôme très fréquent chez nos malades.

D'une façon générale, ces malades, encore au début de leur affection pulmonaire et l'ignorant presque toujours, ne présentent que de l'éréthisme assez marqué.

C'est à ces malades que l'influence sédative du climat de Pau fera le plus de bien, et en modifiant très légèrement la formule ordinaire du traitement hygiénique, en ajoutant à la cure d'air et de repos la cure d'isolement, et le traitement psychique continu, on voit peu à peu ces symptômes s'amender et disparaître dans l'ordre suivant : éréthisme nerveux d'abord, éréthisme pulmonaire ensuite, et enfin et plus tard seulement, l'éréthisme circulatoire.

Il y a donc amélioration sensible de tous les symptômes nerveux, et tel individu indiscipliné, qui ne voulait pas entendre parler de se soigner, devient au contraire un malade discipliné, améliorable et très souvent curable.

En est-il de même dans les affections nerveuses pures ? — Oui. — Le Dr Girma, qui dirige si remarquablement l'Asile départemental d'aliénés, m'a maintes fois répété qu'à Pau les délirants agités avaient des crises beaucoup moins fréquentes qu'ailleurs ; l'Asile compte parmi ses pensionnaires un certain nombre d'individus étrangers à la région, délirants, tranquilles à Pau, alors que le retour dans leur climat d'origine est toujours marqué par une reprise des phénomènes d'excitation.

Je ne veux pas entrer ici dans des détails longs et fastidieux ; je me contenterai de vous dire que j'ai pu constater chez certains neurasthéniques un effet merveilleux du climat. Il est très facile à Pau d'isoler les neurasthéniques et de leur faire suivre le traitement psychique qui donne souvent de si bons résultats et, pendant la convalescence si longue et si généralement fertile en rechutes, le médecin n'aura qu'à s'aider de l'influence calme, tranquille et reposante du milieu dans lequel vit son malade, au lieu d'avoir à lutter contre elle.

En est-il de même dans les névroses? Oui certainement, et tous les médecins qui ont exercé à Pau pourront dire qu'ils ont vu s'améliorer un grand nombre d'individus : épileptiques, dont les crises s'éloignent ; tabétiques, dont les douleurs diminuent d'intensité.

En résumé, sans aller jusqu'à dire que le climat de Pau soit souverain contre les maladies nerveuses et les guérisse, je crois

que l'on doit attirer l'attention de tous les neurologistes, sur ce fait bien connu des malades qui y ont séjourné, peu connu des médecins étrangers : le séjour à Pau permet d'améliorer un grand nombre d'individus, présentant des phénomènes nerveux très accentués, et quant aux maladies nerveuses proprement dites, dont la marche est inplacable et continue, le séjour à Pau les rend supportables et moins douloureuses.

M. ROYET, *Ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon.*

Les vertiges par symphyses salpyngo-pharyngiennes, notion nouvelle essentielle pour le diagnostic et le traitement des vertiges. — Au cours de recherches anatomo-pathologiques et cliniques, qui avaient pour but d'élucider diverses questions d'otologie, j'ai observé des faits fort intéressants en ce qui concerne l'étiologie et le traitement de nombreux cas de vertige. J'ai déjà publié un travail à ce sujet[1]; mais, surtout en me plaçant au point de vue otologique, je crois qu'il n'est pas inutile d'étudier quelle importance ces faits nouveaux prennent dans la question générale du vertige.

Quand on traite du vertige il semble tout d'abord que tout le monde doit aisément comprendre de quoi il est question puisque ce mot, souvent employé dans le langage scientifique, est même passé dans le langage courant. Il n'en est rien cependant et les incertitudes sont nombreuses. Elles commencent au point de départ, à la définition même du mot qui est employé dans plusieurs acceptions très différentes et dans chacune d'elles compris de façons diverses par les auteurs.

On ne peut donc faire un travail sur ce sujet sans expliquer le sens qu'on attribue au mot vertige. C'est ce que je vais faire sans avoir la prétention de donner une définition meilleure que celles qui ont été formulées déjà et que je n'ai pas à discuter ici.

Le vertige est la sensation pénible qui résulte de la conscience simultanée de données discordantes des sens dont les renseignements s'associent à l'état normal pour déterminer les réactions motrices qui assurent notre équilibre.

1. — Des soudures de la trompe d'Eustache à la paroi postérieure du pharynx, causes des otites sclérosantes progressives et de symptômes de vertige.... (*Archives internationales de laryngologie...* mars-avril 1904.)

Les phénomènes qui accompagnent ce symptôme : déséquilibration, illusions de mouvement, angoisse, etc., sont secondaires.

Les cas de vertige que j'ai étudiés dépendaient de troubles otiques consécutifs à certaines modifications pathologiques du rhino-pharynx, *les symphyses salpyngo-pharyngiennes* ou soudures de la paroi postérieure du pavillon de la trompe d'Eustache à la paroi postérieure du cavum. Il semble, *à priori,* que, partant d'un point de départ aussi limité, je ne devrais pas être entraîné à envisager la question à un point de vue aussi général. En réalité j'ai pu me convaincre que la très grande majorité des vertiges, quelle que soit l'étiquette sous laquelle ils ont été placés, ne sont que des vertiges otiques et que le plus grand nombre de ces derniers est sous la dépendance des symphyses salpyngo-pharyngiennes.

La démonstration de ces deux affirmations est d'ordre clinique. La première pouvait être prévue dans une certaine mesure. Considérons en effet dans quelles conditions peut se produire le vertige. D'après ma définition, il dérive de données sensorielles dont l'une est en désaccord avec les autres. Supposons donc alternativement des troubles dans le domaine des différents sens qui contribuent à établir l'équilibre. Les organes sensoriels qui dans cette fonction ont une importance réelle sont : l'œil et son appareil sensitivo-moteur accessoire, les canaux semi-circulaires [1] et l'ensemble des appareils sensitivo-moteurs du corps qui sont le siège de l'ordre de sensibilité à laquelle on a donné les appellations : sens musculaire, sens articulaire, sens des attitudes, sensibilité kinesthésique, etc.

Je me servirai des mots sensibilité kinesthésique qui me

1. — On a refusé aux canaux semi circulaires une fonction sensorielle différenciée en se basant principalement sur cet argument que ces organes ne seraient pas influencés par un excitant spécifique. Cet excitant existe très réellement cependant, il est constitué par la force qui résulte de la composition des forces de la pesanteur et de l'accélération positive négative ou nulle des mouvements de la tête. Par l'intermédiaire de ces organes nous sommes, à tout instant, renseignés sur la direction de chute de notre tête. Cette notion élementaire n'est pas suffisante pour établir notre équilibre, elle doit être complétée par les sensations musculaires, tactiles, articulaires, etc., qui nous renseignent sur nos points d'appui, sur les attitudes de notre corps, etc. A cela concourent la plupart des appareils sensitivo-moteurs du corps qui remplissent, par rapport aux canaux semi-circulaires, un rôle analogue à celui du système sensitivo-moteur annexé à l'œil par rapport à cet organe.

semblent moins préjuger au point de vue physiologique en leur donnant le sens le plus large, c'est-à-dire en les appliquant même à l'état de repos apparent des organes moteurs qui, en réalité, ne cessent pas d'être en activité.

Supposons d'abord que des indications anormales nous viennent de l'œil.

Les sensations lumineuses pures qui ne peuvent être contrôlées par un autre sens et ne peuvent par conséquent pas être en contradiction avec ses données ne sauraient être l'origine de vertige. Elles ne nous renseignent sur notre situation relativement aux objets qui nous environnent qu'avec l'aide d'un appareil sensitivo-moteur qui nous fournit les notions de direction des axes visuels d'effort et d'accommodation. S'il se produit dans ces appareils des sensations anormales, elles se trouveront en contradiction avec les indications qui proviennent de nos autres modes de sensibilité. Le vertige pourra apparaître, comme cela a été observé, dans quelques cas de nystaymus, de paralysies motrices oculaires. Ces formes de vertiges sont rares et peu persistantes parce que l'appareil visuel n'a, dans l'établissement de l'équilibre, qu'un rôle très secondaire. On peut s'en rendre facilement compte en constatant avec quelle facilité nous pouvons nous adapter à des conditions anormales de la direction de nos axes visuels. Si nous plaçons devant nos yeux des verres prismatiques, même d'angle assez prononcé, dans les positions les plus diverses, notre équilibre et notre possibilité de direction sont fort peu troublés. Cela tient comme je l'ai dit à ce que l'importance des sensations visuelles au point de vue équilibration est secondaire. Le fait que chez de nombreux animaux elles ne peuvent être utilisées que pendant la période diurne pouvait le faire prévoir.

Le vertige qui prend son origine dans un trouble de la sensibilité kinesthésique est sans doute plus fréquent et plus important, car cette sensibilité est d'utilisation plus constante et plus générale que la vision. Cependant il est assez malaisé d'en juger car, dans ces cas, les phénomènes vertigineux, sauf lorsqu'ils sont très accentués, restent noyés dans un ensemble symptomatique dont on ne les sépare pas habituellement. Il semble bien que, par exemple, le dérobement des jambes qu'on observe chez les ataxiques, les choréiques, certains troubles de la

marche dans la paralysie agitante, etc., sont proches parents du vertige. Il faudrait, pour l'établir, analyser avec soin l'ordre de succession des phénomènes sensitifs et moteurs. Cela n'a pas encore été fait d'une façon suffisante soit que le trouble moteur résultant, le plus important en pratique, ait surtout attiré l'attention, soit que, jusqu'ici, malgré les travaux de Goldscheider, de Claparède, Victor Henri, Grasset, etc., sur le sens musculaire, les éléments d'appréciation aient manqué. Cependant, d'après les observations de Grasset[1] on peut se convaincre que dans des cas où les troubles kinesthésiques étaient manifestes on a pu observer des phénomènes analogues au vertige. Il est aisé de comprendre que, la sensation de notre position dans l'espace nous étant donnée par un fonctionnement normal de nos canaux semi-circulaires, si nos appareils kinesthésiques nous renseignent d'une façon erronée sur la position du sol, sur notre vitesse de translation, nous pourrons avoir du vertige et secondairement des chutes, des illusions de mouvement du sol, etc. Chez les ataxiques ces illusions de mouvements du sol sont d'observation assez commune ; ces malades n'ont cependant pas toujours pour cela du vertige. Cela tient à ce que, si importantes qu'elles soient au point de vue de notre équilibre, les erreurs du sens kinesthésique ne suppriment pas la notion principale de situation par rapport au milieu cosmique qui est donnée par les canaux semi-circulaires. Cette notion, aidée de la vue, quand celle-ci est intacte, permet d'éliminer la sensation kinesthésique parasite et de supprimer le vertige. Celui-ci réapparaît facilement dans la recherche du signe de Romberg[2] à la suite de l'occlusion des yeux et s'accompagne de symptômes secondaires notés par divers auteurs une profonde terreur (Jaccoud), un grand sentiment d'anxiété (van Lair), quelque chose de moral, la crainte de tomber (Axenfeld)[3].

Toute autre est la situation lorsque l'erreur sensorielle provient de l'oreille, car alors c'est le point de repère principal[4] qui

1. — Grasset, *loc. cit.*, p. 189.
2. — Grasset, *loc. cit.*
3. — Cités par Grasset.
4. — On peut objecter à cette importance capitale accordée aux sensations des canaux semi-circulaires que la suppression complète de ces organes, d'après diverses expériences physiologiques, celles de Ewald en particulier, n'entraîne pas la déséquilibration définitive, que l'absence de ces organes chez les sourds-

est *déplacé*. L'orientation, par rapport au milieu cosmique, est altérée et, par conséquent, toutes les évaluations basées sur cette donnée inexacte sont inexactes aussi. L'importance de ces sensations est démontrée par le fait qu'elles suffisent à nous renseigner sur notre situation dans notre milieu, indépendamment de toutes les autres, dans l'obscurité par exemple et dans l'immobilité absolue. Aussi, en général, on peut constater que la compensation du vertige d'oreille par les données des autres sens est à peu près impossible. Leurs indications mettant en évidence la discordance des sensations secondaires par rapport à la principale, rendent le vertige plus grave. Aussi est-ce l'oreille qui, de beaucoup, le plus fréquemment est la cause des vertiges d'un peu de durée.

Puisque, d'après la définition même que j'ai donnée du vertige, ce trouble est dû à un désaccord entre diverses indications sensorielles il semble, *à priori,* qu'un fonctionnement défectueux des organes destinés à les collecter et à les fusionner doit avoir un effet analogue. Il est cependant possible qu'en ce cas il ne se produise que des phénomènes de déficit qui aboutissent à de la déséquilibration sans vertige. C'est là une question encore incertaine pour diverses raisons sur lesquelles je reviendrai à propos du diagnostic.

Le diagnostic du vertige peut porter sur sa distinction d'avec les états analogues, sur sa forme et sur son origine.

Je n'ai pas à insister ici sur les deux premiers points. Je me contente de signaler que, en ce qui concerne sa distinction d'avec les états voisins qui peut se faire surtout d'après l'ordre de succession des divers phénomènes moteurs et sensitifs, il y a souvent une réelle difficulté qui provient de l'état émotionnel du sujet.

Le diagnostic de l'origine est le plus important parce qu'il

muets ne les empêche pas de marcher. Mais d'abord la compensation de leurs fonctions n'est pas complète, ce que montre, par exemple, l'attitude des sourds-muets à labyrinthiques dans l'eau et les troubles dans le saut affirmés, au dernier Congrès d'otologie, par von Stein. En supposant même que les canaux semi-circulaires ne soient qu'un organe de perfectionnement et que réellement leur fonction ne soit pas nécessaire à l'établissement de l'équilibre, les conséquences des fausses indications sensorielles sont toutes autres que celles de leur absence, car dans ce dernier cas elles ne peuvent être contradictoires avec d'autres et dans le premier elles constituent un phénomène positif dont il doit être tenu compte.

conduit à des conséquences thérapeutiques pratiques. C'est là le point intéressant et nouveau de cette communication.

Deux ordres de causes sont à envisager : les causes occasionnelles indirectes et les causes directes spécifiques.

Les causes occasionnelles sont de tout ordre, émotions, fatigues, modifications physiologiques ou pathologiques.

Leur influence sur l'apparition du vertige est parfois si évidente qu'elle a pu tromper sur leur rôle véritable.

Telle est l'origine des vertiges stomacal, utérin, hépatique, etc. En réalité, il n'est de vertige que d'origine sensorielle ; qu'il se produise à l'occasion d'un trouble digestif, d'une grossesse, d'une intoxication ou d'une émotion, il n'en conserve pas moins sa nature. La cause occasionnelle doit être recherchée, car de sa connaissance découle une indication complémentaire de traitement. Il est évidemment utile de chercher à la faire disparaître ; mais cela n'est pas toujours possible, comme dans les cas d'artériosclérose, ne doit pas se faire dans la grossesse, et n'est pas toujours suffisant pour supprimer le symptôme une fois qu'il est établi comme dans le cas suivant :

Observation I. — Mme C..., 32 ans, vient me trouver pour des troubles pharyngiens déjà anciens qui déterminent une toux fréquente, un besoin constant d'avaler des mucosités qui ne se détachent pas et d'une façon presque continue des mouvements destinés à déplacer du mucus accumulé dans le cavum, mouvements qui consistent à appliquer le voile du palais contre la paroi postérieure du pharynx et à le relâcher brusquement sur une inspiration ou une expiration un peu forcée. Mme C.... a déjà été traitée à ce point de vue et a subi un certain nombre de séances de pointes de feu qui n'ont eu qu'un effet temporaire ou nul.

Elle souffre également d'une légère hydrorrhée, qui se manifeste après les repas par une petite crise d'éternuements suivie d'un écoulement par les narines de liquide clair pendant un quart d'heure environ.

La respiration par le nez est habituellement légèrement insuffisante surtout la nuit.

Ce n'est que sur mon interrogation que Mme C.... accuse des crises de vertige assez violentes, rares, et un état vertigineux léger, constant, ne soupçonnant pas que ce symptôme puisse se rapporter à ma spécialité, car son apparition remontait à une cause très déterminée, à une intervention sur les annexes de l'utérus qui avait été pratiquée deux ans avant mon examen. Malgré une guérison très satisfaisante de la lésion annexielle le vertige persistant était toujours attribué à la même cause.

Il était rarement spontané ; cependant des sensations d'effondrement

du lit, de mouvements de vague s'étaient produites parfois dans l'immobilité absolue et dans l'obscurité. Il pouvait être provoqué d'une façon constante par des mouvements brusques de la tête, par le mouvement de se baisser et de se relever rapidement, par l'arrêt ou la mise en marche d'un tramway, par le fait de changer de direction et de se retourner, par les positions extrêmes des yeux. Les sensations visuelles apportaient un élément de trouble de plus ; dans la rue, les objets se déplaçaient et surtout le sol paraissait se relever ou s'abaisser.

Comme chez tous les vertigineux il existait un état neurasthénique assez accentué.

Mme C.... avait une inappétence assez prononcée comme beaucoup de malades qui souffrent de pharyngite ou d'insuffisance respiratoire nasale. Elle était notablement amaigrie.

Du côté de l'oreille les symptômes étaient peu accentués mais ils réalisaient, partiellement associés au vertige, un syndrôme que j'ai récemment indiqué [1].

Depuis six mois environ, des bourdonnements non continus, mais fréquents se produisaient. Les conduits auditifs externes étaient le siège de démangeaisons très fréquentes et pénibles, d'un trouble de sécrétion du cerumen qui avait amené à plusieurs reprises la formation de bouchons dans les deux côtés.

J'ai déjà indiqué qu'il existait de la pharyngite chronique inflammatoire qui était surtout latérale.

Ces divers signes indiquaient l'existence probable de symphyses salpyngo-pharyngiennes que je reconnus et détruisis.

Cette intervention qui fut suivie quelques jours après d'un traitement convenable de la rhino-pharyngite fit disparaître de suite le vertige et rétablit la perméabilité nasale.

Les autres syptômes pharyngite, bourdonnements, prurit du conduit, troubles de sécrétion du cerumen guérirent rapidement. L'appétit s'améliora et les troubles neurasthéniques s'amendèrent.

Il s'agissait donc bien d'un vertige d'oreille occasionné, mais non causé par une maladie des organes génitaux. De ce cas sont à rapprocher les faits très communément observés d'une accentuation du vertige chez des femmes qui y sont sujettes, pendant la période cataméniale.

Une occasion fréquente de vertiges est l'absorption de divers toxiques dont quelques-uns déterminent une véritable maladie, momentanée en général, de l'oreille, comme en témoigne l'ensemble des symptômes : surdité, bourdonnements, etc., que nous observons souvent après l'administration de la quinine,

1. — *Sur le syndrôme qui est la conséquence des symphyses salpyngo-pharyngiennes.* (VIIe Congrès international d'otologie. Bordeaux, 1904.)

des salicylates, etc. Il est fort possible, d'ailleurs, qu'un état maladif antérieur de l'oreille favorise ces effets secondaires fâcheux des médicaments. Les vertiges toxiques doivent donc très probablement être rangés aussi dans les vertiges sensoriels.

C'est donc dans les divers sens qui servent à établir l'équilibre qu'il faut chercher la cause spécifique des symptômes du vertige, tout en faisant la part des causes occasionnelles surtout au point de vue des indications thérapeutiques.

Si le vertige provient de données erronées sur la direction de nos axes visuels, le diagnostic est possible en se basant sur la loi donnée par Grasset pour arriver à reconnaître l'origine des vertiges périphériques [1].

« La mise au repos du sens générateur d'un vertige atténuera » ou supprimera ce vertige ; au contraire, ce même vertige sera » exagéré par la mise en action de ce sens ou par la mise au » repos d'un autre sens dont l'activité fournit au polygone un » moyen de contrôle et de redressement. » (Je fais toutefois à cette loi cette restriction qu'elle ne me paraît pas applicable aux cas de vertiges d'origine otique. J'ai souvent observé en effet que lorsque l'oreille est le point de départ du vertige, la mise au repos de la vue diminue l'intensité de ce symptôme, que sa mise en activité l'accentue. D'autre part la mise au repos des canaux semi-circulaires par l'immobilisation absolue n'empêche pas toujours leur excitation anormale. On devra donc faire fermer les yeux au malade et, si le vertige disparaît complètement, si aucune autre excitation dans le domaine d'un autre sens ne le fait réapparaître on pourra conclure à l'origine visuelle probable. Le vertige visuel est d'ailleurs plutôt théorique que clinique parce que s'il est dû à des troubles paralytiques de la direction des yeux ou de l'accommodation à du nystagmus, il est très rapidement compensé ; s'il est dû à une sensation erronée de la position des axes visuels ou du degré d'accommodation, en dehors de tout phénomène parétique ou hyperkinétique, il se rapporte plus exactement à la sensibilité kinesthésique dont les troubles sont rarement limités à un domaine aussi restreint.

Pour la sensibilité kinesthésique, l'application de la loi de Grasset n'est pas aussi facile que pour la sensibilité à la lumière.

1. — Grasset, *loc. cit.*, p. 187.

La mise au repos de la sensibilité kinesthésique indépendamment de celle des canaux semi-circulaires n'est pas toujours facile. Elle est bien réalisée, relativement, dans mon Observation I, à l'occasion d'un transport en tramway. Elle pourrait l'être plus exactement si on pouvait déplacer rapidement le patient, bien soutenu de partout de façon à pouvoir exciter ses canaux semi-circulaires sans mettre en jeu sa sensibilité kinesthésique. Mais cela n'est pas cliniquement facile.

Pour la sensibilité kinesthésique, il existe divers moyens d'en constater les modifications, car ses troubles ne se limitent pas aux fonctions d'équilibre. Ils sont en général liés à l'existence de diverses maladies nerveuses et constituent, lorsqu'ils se trouvent associés au vertige, une présomption, mais une présomption seulement en faveur de l'origine kinesthésique de ce symptôme. Il peut y avoir évidemment association de vertige d'une autre origine à des symptômes dépendant de la kinesthésie. Au cours d'une maladie du système sensitif comme le tabes on peut voir apparaître à côté des troubles kinesthésiques généraux les manifestations telles que celles que Bonnier a décrites dans le domaine de l'oreille. Il peut aussi y avoir simple coïncidence de deux états morbides différents, soit simple hasard soit que, par suite des affinités créées par des tendances communes l'un ait favorisé l'apparition de l'autre.

On ne devra donc pas considérer la coexistence de troubles de la sensibilité kinesthésique comme une preuve de l'origine du vertige, il faudra encore rechercher s'il n'existe pas simultanément de raisons de mauvais fonctionnement de l'appareil des canaux semi-circulaires.

En eux siège une cause de vertige bien autrement grave que celles qui peuvent se rattacher aux autres sens, car une erreur de leur sensibilité nous trompe sur la direction de la pesanteur ou, si nous sommes en mouvement, sur la direction de chute de notre tête et, par conséquent, nous désoriente d'une façon absolue par rapport à l'ensemble de notre milieu. Tous les vertiges que nous reconnaissons n'être déterminés ni par un trouble de la vue ni par un trouble kinesthésique, et c'est l'infime minorité qui est due à ces causes, doivent être attribués à une anomalie de fonctionnement des organes du système des canaux semi-circulaires ou à un trouble du système nerveux central.

Un des éléments principaux du diagnostic du vertige d'oreille est le fait qu'il est déterminé ou accentué par les mouvements de la tête les yeux étant fermés. Cependant, bien que l'origine du vertige soit à peu près sûre en pareille circonstance, comme, cliniquement, il est très difficile d'éliminer les données de la sensibilité kinesthésique, la certitude n'est pas absolue et il faut chercher à ajouter d'autres probabilités à celle-là, la coexistence d'autres troubles otiques par exemple. De plus, il faut faire le diagnostic de la lésion causale, et par conséquent de la localisation.

La coexistence d'autres troubles de fonctionnement de l'appareil auditif a été jusqu'ici pour la plupart des médecins le critérium du vertige otique. Sa valeur est pourtant médiocre au point de vue diagnostic, car c'est un fait bien connu des otologistes que le vertige qui se produit au cours des otistes sclérosantes progressives est souvent un signe précoce de ces maladies, le premier parfois ou le seul important. Mon Observation I en est un exemple assez probant.

Je pourrais en citer plusieurs autres, l'une en particulier pour ce fait que l'hypothèse vertige d'oreille ayant été rejetée à cause de l'absence de tout autre symptôme du côté de cet organe, la malade fut soumise pendant deux ans à un régime alimentaire très sévère, sur la supposition, malgré l'absence de tout trouble digestif, d'une origine stomacale. Des symphyses salpyngo-pharyngiennes étaient la cause du vertige. Je dois dire d'ailleurs que j'ai vu bien peu de vertigineux qui n'aient subi divers traitements au point de vue de leur système digestif. L'impuissance des traitements otiques jusqu'ici appliqués et la fréquence des vomissements secondaires au vertige d'oreille expliquent assez cette interprétation que rend encore plus vraisemblable le fait que les troubles digestifs réels déterminent facilement l'apparition des crises de vertige d'oreille.

La première période des otites sclérosantes progressives n'a pas le privilège exclusif de ce symptôme ; il se présente également à un moment quelconque de l'évolution de ces maladies. Je l'ai observé chez des gens atteints de tous les degrés de surdité, à tous les âges, de 4 à 80 ans. Il revêt les formes les plus variées et peut être intense ou léger, accompagné ou non de phénomènes secondaires. Il est en général aggravé par les

impressions visuelles, par le passage de l'ombre à la lumière et, inversement, par le fait de diriger les yeux dans une position extrême. Ce sont surtout les excitations des canaux semi-circulaires qui le provoquent ou l'accentuent ; au vertige optique se rattachent ceux dont la lésion originelle siège sur la périphérie de l'appareil auditif avant la caisse, dans celle-ci, dans le labyrinthe, sur le nerf auditif jusqu'à son origine.

La cause que j'ai reconnue à un très grand nombre de vertiges réside sur le pavillon des trompes d'Eustache. Elle consiste en une adhérence anormale de la paroi postérieure du pavillon tubaire à la paroi postérieure du cavum (symphyses salpyngo-pharyngiennes). Elle est en général d'origine inflammatoire, mais peut être réalisée ou favorisée par des dispositions congénitales. Cette lésion est extrêmement fréquente. Elle peut rester longtemps latente. Elle est la cause habituelle des otites sclérosantes progressives et de nombreux vertiges. Elle a beaucoup d'inconvénients que je n'ai pas à exposer ici. J'ai déjà démontré ailleurs son action sur le vertige. Les quelques observations que je rapporte dans ce travail en sont une preuve nouvelle.

Par quel mécanisme se produisent ces vertiges ? Je n'oserais pas actuellement donner d'interprétation à ce sujet. Il faudrait d'abord être fixé sur le fonctionnement des canaux semi-circulaires et en particulier dans leurs rapports avec la caisse. Je préfère d'ailleurs ne rien ajouter d'hypothétique au fait clinique indéniable que j'expose. Je puis seulement affirmer qu'il ne s'agit pas là d'un cas d'inhibition réflexe parce que le résultat est trop constant pour cadrer avec cette interprétation et aussi parce que, dans des cas où la cause du vertige était une lésion de la caisse elle-même ou du labyrinthe, la destruction de symphyses salpingo-pharyngiennes n'a eu aucun effet utile. Un autre fait plaide dans le même sens. Le degré de guérison du symptôme vertige est parfois proportionnel au degré de destruction de ses symphyses ; dans quelques cas où je n'ai pu d'emblée arriver à une destruction complète, il y a eu simple amélioration, puis guérison après complément du traitement.

La fréquence des vertiges d'oreille, due à cette cause, est proportionnellement très grande, surprenante même, si bien que si on considère l'ensemble des autres vertiges de toute

origine, au point de vue de leur nombre seulement, ils comptent pour très peu. Mis en présence d'un cas de vertige pris au hasard, on a beaucoup de chances de le reconnaître dû à cette cause.

Le diagnostic de cette cause de vertige se fera principalement par la constatation de l'existence des symphyses salpyngo-pharyngiennes et sa légitimité se vérifiera par la guérison consécutive à leur destruction. Les moyens d'apprécier leur existence sont : la rhinoscopie postérieure, la salpyngoscopie et le toucher rhino-pharyngien. Les deux premiers moyens sont en général insuffisants et pas toujours possibles. Le toucher est la méthode la plus sûre et il a en outre cet avantage de permettre en même temps de pratiquer le traitement dans la plupart des cas. On arrive à rompre les symphyses salpingo-pharyngiennes en se servant du doigt comme d'un coin pour écarter la trompe de la paroi postérieure du cavum. On sent très bien alors des adhérences se déchirer sous le doigt, des cordes fibreuses tendues résister beaucoup plus puis se rompre avec un bruit appréciable et on a enfin l'impression très nette du fond de la fossette de Rosenmüller. Évidemment, en tout cas, cette manœuvre demande un toucher exercé et parfois elle présente, même pour quelqu'un qui en a l'habitude, de réelles difficultés. En règle générale c'est une intervention relativement facile, sans danger, et fort utile à divers points de vue.

Ce qui est remarquable à la suite de ce traitement c'est la disparition *immédiate* en général des symptômes de vertige, quand il a pu être complet d'emblée. Cela pour des vertiges ayant même duré plusieurs années. On doit donc prendre en considération cette méthode de traitement, .surtout si on se rappelle les résultats trop décevants des moyens thérapeutiques jusqu'ici usités. (J'en excepte le traitement de Babinski, la ponction lombaire dont les résultats publiés paraissent encourageants. Je préfère ma méthode comme s'appliquant à la cause, comme plus inoffensive, mais dans les cas où elle n'est pas utilisable il est grandement à désirer d'avoir un autre traitement efficace même symptômatique.)

Je passe sur les vertiges dont la cause siège sur d'autres points de l'appareil auditif et sur lesquels je n'ai rien à dire de

nouveau sinon qu'ils sont relativement beaucoup moins fréquents que ceux dont je viens de parler.

Comme autre cause possible de vertige il me reste à considérer les cas qui seraient dus à une lésion centrale cérébelleuse cérébrale ou médullaire. En éliminant ceux où les nerfs auditifs se trouvent intéressés et qui ont la signification des cas de vertige périphériques il est permis de se demander si le vertige fait partie des syndrômes cérébraux cérébelleux ou médullaires; si l'on a soin de ne pas confondre vertige et trouble d'équilibre, le doute qui était possible avant la notion nouvelle que j'apporte le devient bien plus avec elle. En effet, comme je l'ai dit, des causes à tendances analogues se favorisent et rien ne démontre que dans les observations où du vertige a été noté il n'y ait pas eu coïncidence de vertige d'oreille et de lésions centrales. J'ai même remarqué en parcourant les observations que cite Thomas dans son ouvrage sur le cervelet que dans une partie de celles où du vertige est noté un état anormal de l'oreille l'est également. Comme, d'autre part, la cause la plus fréquente de vertige otique, celle que je signale était parfaitement inconnue, qu'elle peut déterminer ce symptôme sans que rien d'anormal apparaisse du côté de l'oreille, il m'est permis de ne pas considérer, comme démontrée, l'origine centrale des vertiges observés.

En tous cas, que le vertige d'origine centrale existe ou n'existe pas, il est certain qu'à des lésions centrales peuvent s'associer des vertiges d'origine salpyngo-pharyngienne. En voici trois exemples :

Observation II. — Mme G..., 45 ans. Vient me consulter pour une surdité déjà ancienne. Elle a eu, de 20 à 25 ans, des angines répétées avec abcès. Depuis, ces accidents ne se sont pas reproduits mais elle a souvent besoin d'expulser des mucosités qui descendent du rhino-pharynx. La surdité dont souffre cette malade s'est établie progressivement. Le seul point de repère qu'elle puisse donner est que, il y a quatre ans, elle entendait encore la montre à quelques centimètres. A la suite d'une grippe, à une époque mal déterminée, l'odorat a été presque supprimé. Il y a environ cinq ans, cette malade a souffert pendant plusieurs mois de douleurs assez violentes à la nuque. Il y a deux ans au moins, elle s'est aperçue d'une difficulté de la marche qui s'est établie sans accompagnement apparent d'autres symptômes. Elle consulta à cette époque un médecin qui fit le diagnostic d'ataxie locomotrice progressive. Un autre médecin, vu quelque temps après, fit

quelques réserves sur ce diagnostic. Cette malade est sujette à des crises de vaso-constriction très prononcées des mains qui ne durent que quelques minutes. La description qu'elle en donne correspond à celle de la première période de la maladie de Raynaud.

L'examen de l'oreille montre des tympans nettement scléreux, des conduits larges et secs presque sans cerumen. L'audition d'une montre normalement entendue à un mètre n'est possible qu'au contact fort des deux côtés. L'audition de la parole haute est possible sans forcer la voix.

La gorge est évidemment malade. De faux piliers postérieurs se voient nettement de chaque côté. Les amygdales sont très inégales, la gauche est augmentée de volume dans sa région supérieure. Le voile du palais est asymétrique. Le fond de la gorge porte quelques grosses granulations. La rhinoscopie postérieure assez facile laisse voir quelques ponts scléreux qui vont de la trompe à la paroi postérieure du cavum.

En ce qui concerne la sensibilité générale, en dehors des crises de vaso-constriction des mains pendant lesquelles celles-ci sont insensibles il n'existe pas de modifications spontanées. Les réactions aux diverses excitations sont normales et égales des deux côtés sur toute l'étendue du corps.

Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont abolis. Ceux des membres supérieurs sont manifestes, plutôt exagérés. Les divers réflexes oculaires à la lumière, à l'accommodation, à la convergence, consensuels, sont conservés et normaux.

Les troubles de la marche ressemblent bien plus à ceux de l'asynergie cérébelleuse qu'à ceux du tabes sensitif. Ils ne sont pas d'ailleurs très prononcés. Ils déterminent seulement une légère démarche ébrieuse. Ils s'accentuent si l'allure est un peu rapide et dans le mouvement de se retourner brusquement ou de changer de direction. Le fait de regarder en haut, de se baisser et de se relever rend l'équilibre bien plus incertain. La malade ne fait qu'un bloc de tous ces troubles d'équilibre; bien que se rendant compte que, dans les circonstances dont je viens de parler il se produit des symptômes plus prononcés, des sensations d'entraînement, des illusions de mouvements pénibles qu'elle n'a pas en dehors d'elles ; jamais elle n'a songé à y voir deux ordres de phénomènes différents.

La rupture de symphyses salpyngo-pharyngiennes qui, en dehors des ponts fibreux constatés par la rhinoscopie postérieure étaient abondantes, fut faite autant pour modifier la surdité ou en arrêter l'évolution que pour traiter le vertige. Elle eut pour résultat que, dix jours après, les divers mouvements qui accentuaient les troubles de la marche étaient sans influence sur elle et que la montre, qui auparavant n'était entendue qu'au contact fort des deux côtés était perçue à demi centimètre à gauche et au contact léger à droite. Un mois après, l'amélioration s'était maintenue.

Observation III[1]. — M., 60 ans, mineur.

Ethylique et arthéromateux, cet homme a eu, deux ans avant son entrée à l'hôpital un ictus suivi d'une hémiplégie droite qui a duré deux mois.

Il a été amené à l'hôpital pour un nouvel ictus suivi de paralysie du bras droit qui a persisté six semaines.

Depuis son entrée, il marche difficilement par suite de brusques sensations de chute et d'attraction en avant se produisant à tout instant. Il a, constantes, mais moins fortes, des sensations erronées d'équilibre qui lui donnent une marche hésitante, ébrieuse. En plus, il présente la particularité curieuse d'avoir, depuis ses vertiges seulement, un symptôme désigné dans le langage courant sous l'appellation de vertige des hauteurs et qui est en réalité plutôt une phobie. Cet homme, qui est mineur, et par suite exposé souvent à se trouver suspendu à une grande hauteur, qui n'avait jamais eu cette sensation, a une crainte violente de s'approcher de la balustrade d'une galerie d'un second étage. Les divers mouvements brusques de la tête et des yeux déterminent des sensations vertigineuses.

L'audition de la parole à voix haute est juste suffisante. La montre est entendue au contact fort des deux côtés.

La rupture de symphyses salpyngo-pharyngiennes très étendues fait immédiatement disparaître la plus grande partie des symptômes de vertige. Le malade peut marcher droit facilement, il peut regarder par dessus la balustrade et exprime la différence d'impression qu'il éprouve par ces mots : « Il y a un moment, même si on m'avait donné mille francs, je n'aurais pas regardé dans le jardin. »

La destruction des symphyses salpyngo-pharyngiennes n'amena pas chez ce malade la guérison absolue du vertige. La sensation de projection en avant persista mais très rare et à un degré très faible, insuffisant pour gêner la marche. L'existence d'un état défectueux de l'oreille, malgré une amélioration certaine à la suite de l'intervention pratiquée, est une explication suffisante de cette persistance, à moins qu'on admette que ce résidu avait pour cause les lésions cérébrales. Dans l'une ou l'autre hypothèse, l'observation au point auquel je me place conserve la même valeur.

Observation IV[2] (résumée). — La maladie avait débuté plus de six mois avant l'entrée à l'hôpital ; les symptômes, en ce moment, étaient le résidu persistant d'un état beaucoup plus grave — impossibilité de

1. — Ce malade a été présenté à la Société des Sciences Médicales de Lyon le 11 mai 1904. Je dois cette observation à l'obligeance de mon maître, M. le Dr Clément, qui m'a permis d'étudier et de traiter ce malade dans son service.

2. — La malade qui fait l'objet de cette Observation et que, grâce à l'obligeance de M. le Dr Monisset, j'ai pu observer dans son service, a été présentée à la Société des Sciences Médicales de Lyon le 1er juin 1904 et son histoire publiée dans le *Lyon Médical*, 26 juin 1904.

marcher, même de s'asseoir sur son lit, crises de vomissements, troubles visuels très accentués, etc.

Il persistait du vertige exagéré par les mouvements, de la diplopie par paralysie du grand oblique à gauche, de la parésie faciale à droite. On constatait une diminution d'audition pour la montre de 1/2 à gauche, quelques bourdonnements et un état défectueux de la gorge.

La destruction de symphyses salpyngo-pharyngiennes fit immédiatement disparaître les symptômes de vertige, rendit la marche possible et rétablit l'audition. Les symptômes paralytiques persistèrent. C'est en cet état que la malade sortit de l'hôpital.

Au point de vue nerveux, le diagnostic suivant parut le plus probable à M. le Dr Monisset : « Lésion en foyer d'origine vasculaire, due à une artérite siégeant à la base de l'encéphale et très probablement au niveau de la protubérance. (Paralysies alternes incomplètes : à gauche du releveur de la paupière et du grand oblique, à droite du facial). »

J'ai su depuis que des symptômes de vertige s'étaient reproduits. Mais le type de symphyses salpyngo-pharyngiennes que présentait cette malade est assez sujet à se reformer et il est probable que la réapparition des symptômes de vertige est due à cette cause, comme me permet de le supposer l'observation d'autres faits dans lesquels à une récidive du vertige correspond toujours une reconstitution des symphyses salpyngo-pharyngiennes. On arrive toujours, plus ou moins facilement, à les faire disparaître définitivement.

En résumé, le vertige, qui est toujours de nature sensorielle, est presque toujours d'origine otique. L'absence de tout autre symptôme d'oreille n'est pas une raison suffisante pour rejeter ce dernier diagnostic.

Le vertige d'oreille peut être dû à des lésions d'un point quelconque de cet organe. En pratique, celui qui se trouve intéressé dans le plus grand nombre de cas est le pavillon de la trompe d'Eustache dont la position et les mouvements sont modifiés et, par suite, les fonctions compromises par la soudure de sa partie postérieure à la paroi du cavum (symphyses salpyngo-pharyngiennes).

Par suite, il se trouve que le plus grand nombre de l'ensemble des vertiges est lié à l'existence des symphyses salpyngo-pharyngiennes, d'où l'intérêt considérable de la connaissance de cette cause.

Cet intérêt est rendu plus grand par les conséquences thérapeutiques qui découlent du diagnostic de ces lésions. Par leur destruction on obtient dans la plupart des cas la *guérison rapide, sinon immédiate,* des vertiges qui en dépendent, c'est-à-dire du plus grand nombre de ceux qu'on a l'occasion d'observer.

L'existence des symptômes qui paraissent indiquer une lésion centrale ne doit pas faire rejeter d'emblée l'hypothèse de vertige par les symphyses salpyngo-pharyngiènnes, car en dehors de la supposition d'une simple association accidentelle il peut y avoir action favorisante d'une maladie sur l'autre, en raison de leur tendance commune à la déséquilibration.

Cette notion nouvelle de l'étiologie du vertige est d'un grand intérêt puisqu'elle permet de rapporter à leur cause spécifique la plupart des vertiges et de les traiter d'une façon efficace. L'importance de cette cause est telle que, actuellement, aucun cas de vertige, quelle que soit son origine apparente, ne pourra être jugé sainement s'il n'en est pas tenu compte.

M. RÉGIS, *de Bordeaux.* — M. Royet croit-il que le mécanisme qu'il vient d'exposer soit applicable au vertige des artério-scléreux ? Il sait, comme moi, combien ce vertige est fréquent et combien il répond exactement au type clinique qu'il vient de tracer. Or, ce vertige des artério-scléreux s'expliquait jusqu'ici par des troubles de vaso-motion et d'accommodation vasculaire qui s'accompagnent, le plus souvent, des lésions scléreuses de l'oreille. Est-il, lui aussi, attribuable au vice anatomo-pathologique d'insertion de la trompe et, par suite, est-il justiciable de l'opération chirurgicale préconisée par notre confrère?

M. PITRES, *de Bordeaux,* rappelle combien les états qualifiés de *vertigineux* sont variables, non seulement dans leurs causes, mais dans leurs manifestations : vertige stomacal, vertige de Menière, vertige de la maladie de Friedreich, du tabes, etc. Il est peu vraisemblable que toutes ces variétés de vertige soient justiciables du même traitement.

M. Henry MEIGE, *de Paris.* — Il est à souhaiter qu'on prenne l'habitude de préciser plus exactement qu'on ne le fait d'ordinaire les caractères des phénomènes dits *vertigineux.* Dans ce but, les distinctions établies par M. Pierre Bonnier à propos des fonctions bulbaires pourraient être utilisées avec profit. Il est nécessaire, en tout cas, de distinguer les phénomènes vertigineux d'origine labyrinthique ou bulbo-protubérantielle de leur représentation corticale ; ces deux sortes de troubles peuvent exister isolément ou simultanément ; ils ont des significations cliniques très différentes.

MM. Henry MEIGE et E. FEINDEL, *de Paris.*

Remarques cliniques et thérapeutiques sur quelques tics de l'enfance. — Nous avons eu l'occasion d'examiner, à la consultation de M. le Professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu, un certain nombre de tiqueurs.

Les quatre cas que nous rapportons ci-après sont des exemples de tics du jeune âge, très fréquents et d'apparence banale. Quelques détails cliniques nous ont cependant paru mériter une mention. Nous nous sommes abstenus, pour éviter des redites, de revenir sur les faits qui ont été déjà analysés dans nos études antérieures sur les tics[1]. Mais nous avons tenu à préciser des interprétations pathogéniques et des indications thérapeutiques qui ont leur intérêt dans chaque cas particulier.

Observation I. — Suzanne B..., fillette de 8 ans, est venue à la consultation de M. le Professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu, le 21 mars 1904.

Elle est atteinte de tics multiples, qui ont débuté il y a un mois environ. Aucun détail à relever dans les antécédents. L'enfant est de bonne santé. Elle est intelligente, travailleuse ; et même elle se préoccupe avec trop d'ardeur de gagner des « bons points » ou des « croix » à sa pension.

Ses tics ont apparu sans qu'on puisse en trouver la cause provocatrice ; il n'y a dans l'école qu'une petite fille qui soit atteinte d'un tic (haussement d'épaule). Chez Suzanne, les mouvements nerveux ont débuté par un *froncement du nez.* Actuellement, elle présente un *clignement,* tantôt bilatéral, tantôt unilatéral droit, des paupières, avec soulèvement du coin de la bouche ; en outre, un *tic des globes oculaires :* lorsqu'elle fixe pendant un instant, son œil se déplace brusquement à droite et en haut.

A signaler aussi un *plissement du front,* quand l'enfant réfléchit ou cherche quelque chose. De plus, elle mord et suce ses lèvres *(Cheilophagie*[2]*).*

Aucun mouvement nerveux pendant le sommeil ; la petite fille affirme que, lorsqu'elle est dans son lit, même éveillée, elle ne tique jamais ; ce que son père confirme. Les tics sont plus fréquents le soir que le matin, et plus fréquents lorsque l'enfant est inactive que lorsqu'elle est occupée. Elle sait d'ailleurs très bien qu'elle peut s'empêcher de tiquer. Enfin, cette fillette *parle toujours très vite,* trop vite; elle *bredouille* souvent.

1. — Henry Meige et E. Feindel : *Les tics et leur traitement,* 1 vol. Masson, Paris, 1902.

2. — Henry Meige : *Tics des lèvres, cheilophagie, cheilophobie.* (Congrès de Bruxelles, août 1903.)

Pendant le temps qu'ont duré l'examen et l'interrogatoire, l'enfant n'a presque pas tiqué ; si nous avons vu parfois s'esquisser un mouvement convulsif, il était réprimé aussitôt spontanément.

Il s'agit d'un cas bénin d'un tic d'enfance, la fillette pouvant et sachant maîtriser ses tics à volonté et sans effort; les tics cessent complètement lorsqu'elle est couchée, même éveillée.

La *précipitation de la parole,* aboutissant au *bredouillement,* s'observe très souvent chez les tiqueurs. Presque tous parlent beaucoup trop vite; certains bredouillent sans arrêt; d'autres s'arrêtent presque net après quelques mots, semblant avoir épuisé leur provision d'idées et de vocables. C'est que les tiqueurs n'ont, en quoi que ce soit, une *notion exacte de la juste mesure,* et en particulier de la *vitesse.* Ils semblent pressés en toutes choses, pour marcher, pour manger, pour parler. Cette précipitation des actes moteurs, y compris ceux du langage, n'est d'ailleurs que la manifestation objective d'une disposition mentale.

Les troubles de la parole doivent toujours être signalés chez ces malades: leur constatation très fréquente démontre clairement l'étroite parenté qui existe entre les tics et les troubles du langage, tels que le bégaiement et toutes ses variétés. Les excellents effets de la *discipline psycho-motrice* [1] dans ces deux sortes d'accidents, viennent encore à l'appui de cette manière de voir.

Dans le cas actuel, le traitement pouvait être réduit aux indications suivantes :

1° Rappeler l'enfant à l'ordre chaque fois qu'elle ferait un geste ou une grimace intempestifs ;

2° Se lever très tard, se coucher très tôt et garder le repos au lit le plus possible ;

3° Retirer provisoirement l'enfant de sa pension, l'envoyer à la campagne, où les prescriptions ci-dessus indiquées devaient être mises à exécution.

Observation II. — Suz. L..., fillette de 8 ans et demi, est venue à la consultation de M. le Professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu, accompagnée de sa mère, le 27 juin 1904.

1. — Brissaud et Henry Meige : *La discipline psycho-motrice.* (Congrès de Madrid, avril 1903.)

Depuis l'âge de 7 ans environ, elle est atteinte d'un *tic de hochement.*

Plus tard est survenue une petite *toux,* se reproduisant dans les mêmes conditions que les tics, et qui certainement est de la même nature.

Enfin, depuis peu, elle a un *tic des bras,* qui s'accompagne généralement d'un *mouvement expiratoire,* vif, mais sans bruit ; elle rapproche brusquement ses deux coudes de son corps, en même temps qu'elle fait cette brève expiration.

D'autres fois, enfin, elle se *frappe la région épigastrique* avec l'un ou l'autre poing ; chaque coup s'accompagne encore d'une brève expiration.

Elle fait aussi quelques *grimaces du visage, mordille ses lèvres ;* mais elle ne cligne pas des yeux et ne tire pas la langue.

Ces mouvements se produisent à droite comme à gauche ; ils sont cependant nettement *plus accusés du côté gauche.*

L'enfant est de santé un peu chétive. Mais elle a bon sommeil et bon appétit. Elle *mange exagérément vite.* Elle est très remuante, et *toujours en mouvement* dans la maison ; « elle ne peut se tenir un instant tranquille ».

Elle est intelligente, mais très légère, très distraite, négligente dans sa tenue, dans son travail ; ses cahiers d'écriture sont couverts de ratures et de « pâtés ».

Voilà encore un cas de *petits tics d'enfance,* dont le diagnostic saute aux yeux et dont le pronostic peut être considéré comme bénin, si la famille exerce une surveillance suffisante.

On remarquera :

1° Le mouvement brusque de *rapprochement des deux bras,* qui s'accompagne d'une *expiration* brève.

On peut se demander s'il s'agit là de deux tics superposés : *tic des bras et tic expiratoire.* Dans l'espèce, il nous semble que l'expiration est un phénomène secondaire, provoqué par le choc des coudes sur la paroi thoracique. Il existe d'ailleurs, entre les actes respiratoires et les mouvements d'abaissement des bras, une association fonctionnelle bien connue, qui est précisément utilisée dans les manœuvres de la respiration artificielle. Et cette *association* est purement *fonctionnelle,* les muscles expirateurs et les muscles adducteurs des bras recevant leur innervation de sources anatomiquement bien distinctes.

D'autre part, on peut faire remarquer que l'enfant a présenté antérieurement un *tic de toux,* tic expiratoire isolé, indépendant du tic des bras. Ce dernier aurait donc pu survenir ultérieurement à titre de complication.

Cependant, l'acte expiratoire, sans bruit et sans toux, survenant à l'occasion des coups que se donne la fillette sur la région épigastrique semble bien secondaire, consécutif au choc. Le même phénomène se produit chez n'importe quel sujet, avec l'instantanéité, l'irrésistibilité d'un acte réflexe simple à la suite d'un choc sur la région thoracique.

2° Les *coups de poings dans la région épigastrique* sont des « mouvements nerveux » très fréquents. Comme les « grattages », comme l'onycophagie, comme la cheilophagie, ils ont pour point de départ une sensation locale (démangeaisons, cuisson, douleurs très légères), dont le sujet cherche à se débarrasser, sensations banales qui attirent exagérément son attention au début; il multiplie les *gestes de soulagement* et de *défense;* il en prend rapidement l'habitude, et ceux-ci finissent par se reproduire inconsciemment, automatiquement.

Chez notre petite malade, une douleur qu'elle accuse dans la région épigastrique paraît avoir été le point de départ de ses coups de poings. C'est un geste fréquent, et l'on peut dire tout naturel, que de toucher, de comprimer, de tapoter l'épigastre ou l'abdomen, lorsqu'on y sent quelque gêne ou douleur. D'une façon très générale, on est enclin à porter la main sur le point du corps où l'on éprouve une sensation anormale. C'est là un acte moteur qui n'appartient pas à la catégorie des réflexes simples de centre médullaire, mais qui, du moins les premières fois qu'il se produit, est la conséquence d'une intervention des centres supérieurs. On *veut* atténuer une gêne, une douleur. Toutefois, par éducation, cet acte arrive à se manifester avec une spontanéité, une constance qui peuvent faire méconnaître, à tort, sa véritable origine. Et ceci s'applique aussi bien aux mouvements des tics qu'à tous ceux de nos mouvements qui, par la répétition, acquièrent les caractères de l'automatisme.

Une gêne quelconque, une sensation anormale dans la région épigastrique (pesanteur ou constriction stomacale, petite douleur costale, etc.) a donc été, selon toute vraisemblance, l'origine du *tic de frappement* de cette fillette.

Il faut ajouter qu'à la longue, la douleur primitive a pu être remplacée par une douleur *secondaire*. Les chocs réitérés, les fréquents et brusques efforts d'expiration, déterminent de véritables courbatures des muscles respirateurs, que le sujet cherche

à atténuer par de nouveaux chocs ou de nouvelles pressions. A ce cercle vicieux les tiqueurs échappent rarement. Ils incriminent volontiers, comme causes de leurs « mouvements nerveux », des sensations douloureuses, qui ne sont elles-mêmes, au contraire, que la *conséquence* de leurs « mouvements nerveux ». La meilleure preuve en est que si, par un procédé ou un autre, le repos au lit ou une surveillance assidue, les mouvements en question viennent à être supprimés, les sensations douloureuses disparaissent aussitôt.

3° Enfin, de même que nous signalions, dans l'observation précédente, la précipitation de la parole, de même nous devons insister ici sur la *précipitation de l'acte de manger,* qui est fréquente chez les jeunes tiqueurs. Il importe d'attirer leur attention, et surtout celle de leurs parents, sur les inconvénients, les dangers même, de cette mauvaise habitude. Chez certains sujets, on observe une véritable gloutonnerie ; chez d'autres, la quantité des aliments ingérés ne dépasse pas la moyenne, mais la mastication et l'insalivation sont très insuffisantes, et l'on conçoit aisément qu'il puisse en résulter des troubles gastro-intestinaux.

Il va sans dire que ces mauvaises habitudes ne sont point spéciales aux jeunes tiqueurs ; mais, comme ils y sont particulièrement enclins, on doit s'en enquérir afin de les corriger et de prévenir les accidents qui peuvent en être la conséquence.

Traitement. — Il a été recommandé à la mère d'imposer à l'enfant le repos au lit absolu pendant au moins quinze jours ; puis d'exercer sur elle une surveillance attentive, de ne laisser échapper aucune occasion de la rappeler à l'ordre, et de la remettre au lit, si elle recommence à tiquer.

Pour faire cesser le tic de hochement, *surveiller la coiffure.* Prohiber tout chapeau lourd et instable. Neuf fois sur dix, c'est là l'unique cause du hochement ; la guérison est une question de toilette.

Contre la cheilophagie, de fréquents rappels à l'ordre ; et, si cela ne suffit pas, une pommade amère sur les lèvres : la vaseline, assaisonnée de *sulfate de quinine,* a été maintes fois prescrite par l'un de nous avec succès aux cheilophages comme aux onychophages.

Surveiller l'alimentation et la mastication ; imposer un temps déterminé pour manger chaque plat.

Enfin, si les tics respiratoires persistent, commencer le *traitement athmothérapique* de Pitres : exercices respiratoires isolés et combinés avec mouvements méthodiques des bras, de la tête et du tronc, *devant miroir*[1].

Observation III. — Alice est une fillette de 13 ans, qui présente des tics multiples.

Rien de saillant dans son hérédité. Sa mère se plaint d'être neurasthénique. Il existe une énorme différence entre la culture intellectuelle de la mère et celle du père.

Alice est venue au monde dans d'excellentes conditions, a été nourrie par sa mère ; pendant la période d'allaitement, l'enfant dormait mal. Dès l'âge de 6 mois, elle a souffert de *troubles gastro-intestinaux* très fréquents (douleurs, constipation et débâcles avec fièvre élevée). A deux ans, *convulsions*, que la mère rapporte à la fois à ces troubles gastro-intestinaux et à l'éruption des grosses dents. Rougeole et coqueluche très bénignes. Après cette dernière, à l'âge de 8 ans, furonculose prolongée : cent vingt « clous » (?) auraient évolué sur un tout petit espace de la poitrine.

Actuellement, les troubles gastro-intestinaux persistent encore, la fillette est habituellement très constipée ; à l'occasion des causes les plus banales (exercice un peu violent, refroidissement, repas copieux, une mauvaise digestion), elle éprouve un grand malaise, elle a une forte fièvre (39° à 40°) avec délire. Ces crises ne durent que quelques heures.

Elle rêve facilement, et tout haut, surtout lorsqu'elle est préoccupée par un petit incident scolaire, lorsqu'elle a été au théâtre, etc. Il lui est même arrivé plusieurs fois de se promener tout en dormant dans sa chambre.

Au point de vue intellectuel, l'enfant est bien douée ; elle vient d'avoir son certificat d'études, à l'âge de 12 ans 1/2. Si elle aime le travail, elle aime aussi le jeu. Elle a ordinairement bon caractère.

Vers l'âge de 6 ou 7 ans, de *petits tics* ont apparu. Il n'y eut, assure-t-on, aucun tiqueur dans sa famille. A 10 ans, légère conjonctivite, mais les grimaces du visage existaient déjà depuis plusieurs années. Dès le début, les tics ont été nombreux et variés. Actuellement, voici ceux qu'on peut constater :

Tic des yeux. — Tic de *clignement* et tic d'*écarquillement ;* puis un tic plus compliqué, auquel participe le globe oculaire ; l'enfant ferme à demi l'œil gauche et écarquille le droit, tandis que le globe oculaire droit fait deux ou trois mouvements de rotation avec une grande rapidité.

Enfin, il existe un *léger strabisme* convergent, transitoire, dans les moments où la fillette regarde bien en face.

1. — Henry Meige : *Traitement des tics par le contrôle du miroir.* (Congrès de Grenoble, 1902.)

Tic de la bouche. — L'enfant ouvre brusquement la bouche et la referme non moins brusquement ; c'est une sorte de *happement.*

Tic du nez. — Elle relève brusquement les ailes du nez, symétriquement.

Tic du front. — Elle plisse son front et déplace son cuir chevelu par des mouvements rapides d'arrière en avant et d'avant en arrière.

Tic phonatoire. — Un petit bruit de gorge « *gue, gue* », plus fréquent depuis quelque temps.

Tic de l'épaule. — *Haussement cloniqne* de l'épaule droite, ou élévation permanente de cette épaule *(haussement tonique).*

Tic du bras. — Quelques mouvements convulsifs du bras droit, mal systématisés.

Pas de tics des jambes, pas de tics de la marche.

Tous ces « mouvements nerveux » sont *variables* dans leur fréquence et dans leur intensité. Ils sont surtout apparents lorsque l'enfant est très attentive, lorsqu'elle est dans une réunion, ou au théâtre, lorsqu'elle est préoccupée.

Quelques menues *phobies.* Elle a grand peur des araignées. Elle regarde sous son lit avant de se coucher, ferme à clef pour la nuit la porte de sa chambre, bien que celle-ci communique avec celle de ses parents ; mais tout ceci n'est pas constant.

Elle a aussi de petites *manies ;* certains actes sont répétés plusieurs fois de suite : tousser, se moucher et surtout dire « bonsoir », ce qu'elle fait avec volubilité « vingt fois de suite », dit sa mère, jusqu'à ce qu'elle ait impatienté ses parents, qui lui imposent silence ; d'ailleurs elle ne résiste pas, et va tranquillement se coucher.

Les parents sont venus l'an dernier nous demander quelques conseils au moment des vacances de leur fille, quelques jours avant de l'emmener à la campagne.

Le temps manquant pour instituer une discipline psychomotrice régulière, que la bénignité du cas ne semblait pas, d'ailleurs, impérieusement commander, on se contenta de prescrire quelques exercices méthodiques à exécuter chaque jour devant le miroir. Mise devant une glace, l'enfant convint avec quelque humiliation que ses grimaces la rendaient fort laide, et elle promit de s'observer. Cette petite gymnastique, surveillée par les parents et un séjour hygiénique au grand air, exempt de toute préoccupation de travail et d'école, suffirent pour amener une très grande amélioration. Au bout d'un mois et demi, l'enfant restait plusieurs jours sans tiquer. Deux mois plus tard, l'amélioration se maintenait encore.

1. — Cette fillette présente des *tics cloniques* (clignotement, tics du nez, frappement, haussement des épaules) et des *tics toniques* (écarquillement, élévation permanente d'une épaule).

D'autres mouvements nerveux sont moins bien caractérisés (plissement du front, grimaces diverses).

L'*écarquillement,* que l'un de nous a cru devoir ranger parmi les tics[1], est un tic tonique des paupières, presque aussi fréquent que le clignement. L'un et l'autre sont, d'ordinaire, aisément curables, pour peu que le sujet veuille bien y prêter attention. Quelques exercices exécutés devant le miroir en ont rapidement raison.

Le *strabisme* de la fillette est encore nne sorte de tic, assez fréquent dans le jeune âge. L'enfant, lorsqu'elle regarde bien en face, louche pendant une seconde, puis l'œil reprend sa position normale. Des mouvements méthodiques des globes oculaires et des exercices d'immobilisation, avec fixation sur le miroir de points déterminés, corrigent également assez vite ce petit défaut.

Le « *bruit de gorge* » « *gue, gue* », peut être un acheminement vers l'exclamation involontaire et même la coprolalie. Mais, dans le cas actuel, ce danger semble peu vraisemblable.

En somme, il s'agit de *petits tics variables,* qui, non seulement diffèrent entre eux, mais chaque tic en soi n'est jamais répété de la même façon ; un écarquillement n'est pas absolument identique à tous les écarquillements, un plissement de front à tous les plissements de front, etc.

Ces tics variables sont le propre des jeunes sujets ; leur pronostic est généralement bénin.

2. — L'enfant a de *petites manies,* mais peu tenaces ; fermer à clef la porte qui sépare sa chambre de celle de ses parents, c'est simplement une mauvaise habitude ; regarder sous son lit, fait assez banal cependant, est peut-être une manie mieux caractérisée ; tousser vingt fois de suite, se moucher vingt fois, dire vingt fois de suite « bonsoir » serait de l'arithmomanie si « vingt fois », dans l'espèce, ne signifiait pas simplement plusieurs fois. Quant à la peur des araignées, elle ne saurait avoir une grande valeur pathologique. Mais ce sont là des « graines » de manies et de phobies, dont il importe de détruire les germes de très bonne heure.

Malgré ces petites bizarreries et malgré les gâteries familiales,

1. — Henry Meige : Tics des yeux. (*Annales d'Oculistique,* 1903.)

l'enfant a conservé une certaine correction de tenue et une docilité qui permettent d'augurer favorablement de l'avenir. Elle aime son travail, et elle s'y applique sans excès, restant dans la bonne moyenne de sa classe, ce qui est, pour l'avenir, une meilleure note qu'une précocité anormale et un sérieux prématuré. Elle aime aussi les jeux de son âge, ce qui a son importance, car, au point de vue de la santé physique comme à celui de la santé mentale, il importe qu'un enfant sache également s'occuper par le travail et par le jeu. Enfin, notre fillette a bon caractère. Sans doute, elle donne des preuves de cet esprit de contradiction, parfois de rébellion, qui est le propre des enfants même les plus soumis. Certains jours, on ne sait pourquoi, on les voit tergiverser pour obéir et inventer quelque prétexte pour dissimuler leur désobéissance. Quelques-uns, à cet égard, font preuve d'une diplomatie malicieuse : ils cherchent à se faire un allié, tantôt de leur père, tantôt de leur mère, jusqu'au moment précis où va éclater le châtiment, verbal ou effectif, suivant les cas et suivant les réflexes ataviques. Mais cette manière d'être n'a aucune signification inquiétante, si elle n'atteint pas à la rétivité et à l'insubordination systématiques, et surtout s'il n'existe pas entre les parents des divergences et des discussions toujours fâcheuses. C'est à ce point de vue que nous avions noté, en parlant des parents de notre fillette, qu'il existait une différence entre la culture intellectuelle du père et celle de la mère. Voici pourquoi :

3. — Lorsqu'il s'agit de jeunes tiqueurs, on doit toujours s'enquérir de la *mentalité des parents,* non seulement pour connaître les tares névropathiques ou psychopathiques dont ceux-ci peuvent être atteints, mais aussi parce que très souvent la *désharmonie du ménage* est une des causes les plus favorables au développement des tics de l'enfance. Ceux-ci ne sont, en général, à leur début, que de *mauvaises habitudes ;* une surveillance attentive suffit le plus souvent à les enrayer. Des observations, des réprimandes, quelques punitions même, faites aux moments opportuns, ont vite raison de ces grimaces malséantes, simples caprices d'enfants gâtés, qui peuvent cependant devenir des tics sérieux, s'ils ne sont corrigés de bonne heure.

Lorsque le père et la mère sont d'accord pour comprendre et exécuter leurs devoirs d'éducateurs, ces petits accidents dispa-

raissent rapidement. Mais si l'un des parents pèche par ignorance, ou par excès de faiblesse, surtout — ce qui malheureusement n'est pas rare — si l'un d'eux cherche à excuser l'enfant, ou, pis encore, si l'un d'eux prend le parti du petit tiqueur contre l'autre parent, en reprochant ouvertement à ce dernier sa sévérité, alors l'enfant, ballotté entre les deux influences contraires, se laisse infailliblement entraîner vers celle qui lui plaît davantage, et c'est toujours vers celle qui ne lui défend pas de tiquer.

De telles dissensions familiales sont du plus funeste effet pour les petits candidats aux tics, qui ont besoin, plus que les autres enfants, d'une éducation ferme, d'une discipline régulière, et d'une direction univoque. Et les désharmonies familiales de ce genre sont très fréquentes, lorsqu'il existe entre le degré de culture des parents une différence accusée.

Dans notre cas, cependant, il ne semble pas que cette différence ait produit des effets regrettables. L'enfant, il est vrai, est une « enfant gâtée » ; mais elle est « gâtée » par son père comme par sa mère. D'ailleurs, ceux-ci ont compris l'un et l'autre la nécessité de la surveillance qui leur a été prescrite ; ils l'ont exécutée avec sagesse ; ils en ont été récompensés par les progrès constants et incontestables de leur fillette. Nul doute que, s'ils persévèrent, ils suffiront à parachever sa guérison.

4. — La tâche éducatrice des parents ne doit pas se borner à donner aux enfants des habitudes motrices qui s'accordent avec ce que l'on est convenu d'appeler la « bienséance ».

Une autre surveillance, capitale au point de vue de la santé générale, s'impose, et, il faut bien l'avouer, se montre souvent en défaut. Nous voulons parler de la *discipline de toutes les fonctions* de l'enfant. Si les tiqueurs méritent surtout ce nom parce qu'ils présentent des perturbations de leurs fonctions motrices, ils sont également exposés à d'autres *perturbations fonctionnelles*. Chez eux, l'insuffisance du contrôle cortical peut être l'occasion, non seulement de désordres moteurs, mais aussi de désordres fonctionnels viscéraux, qu'une discipline attentive peut également corriger et faire disparaître.

Notre petite malade a été « mal élevée » depuis sa naissance. Ses insomnies pendant la période de la lactation, les troubles gastro-intestinaux de son jeune âge peuvent très bien n'être que la conséquence d'une trop grande faiblesse maternelle et

de négligences commises dans la surveillance de l'alimentation. La fonction sommeil et les fonctions digestives sont de celles qu'une discipline persévérante parvient le mieux à régulariser chez les jeunes sujets. Et il n'est pas besoin d'insister sur l'importance de cette surveillance au point de vue de la santé et du développement de l'enfant. Chez notre petite malade, les troubles gastro-intestinaux accompagnés d'un tableau assez dramatique de mal-être général, de douleurs, de fièvre élevée et de délire, auraient sans doute été heureusement modifiés par un régime plus régulier, une discipline alimentaire plus sévère.

En somme, outre son déséquilibre moteur, la fillette présentait, et présente encore, un *déséquilibre viscéral,* justiciable d'une régularisation méthodique. Et, de même qu'il est nécessaire de la soumettre à une discipline psycho-motrice pour corriger ses tics, de même elle bénéficiera d'une discipline *psycho-digestive,* si l'on peut ainsi parler.

Cette opinion n'a rien de téméraire. Quel que soit le siège exact des centres chargés d'assurer le régulier fonctionnement des phénomènes sécrétoires, circulatoires, thermiques, etc., — et ce siège est vraisemblablement la région bulbaire — tous ces centres sont en connexion certaine avec les centres corticaux ; de même qu'ils réagissent sur ces derniers pour porter dans le domaine conscient la notion des troubles sécrétoires, vasculaires, etc., de même ils peuvent recevoir de l'écorce des commandements qui se traduisent par une modification des phénomènes sécrétoires, circulatoires, etc.

Chez le sujet normal, l'équilibre s'établit tout naturellement. Chez celui dont le contrôle cortical est insuffisant ou inconstant, un certain déséquilibre fonctionnel ne tarde pas à se manifester. En provoquant des interventions opportunes du contrôle cortical, on parvient à rétablir l'équilibre passagèrement détruit ; en réitérant aussi fréquemment qu'il est nécessaire ces interventions régulatrices, on arrive à créer de *bonnes habitudes fonctionnelles,* en quelque domaine que ce soit.

Ainsi se règlent le sommeil, la faim, la soif, la miction, la défécation, etc., chez les nouveau-nés. Et l'on conçoit toute l'importance d'une surveillance fonctionnelle de ce genre chez les jeunes sujets, surtout chez ceux qui, congénitalement, sont prédisposés aux déséquilibres fonctionnels.

Il existe réellement une *discipline psycho-motrice des muscles de la vie végétative,* et une *discipline psycho-sécrétoire.*

Observation IV. — Robert E., 16 ans, ajusteur, est venu à la consultation de M. le Professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu.

Pas de tic dans la famille. Cinq sœurs, l'aînée mariée, quatre autres plus jeunes que lui, bien portantes. Un frère, âgé de 18 ans, est dans une maison de correction.

Robert est de bonne santé, il est assez travailleur ; mais impatient, colère ; à l'occasion d'une contrariété, il perd un peu le contrôle de ses actes ; récemment il aurait même frappé sa mère.

Le premier tic est apparu à 12 ans 1/2. D'après le père du malade, il n'y a certainement pas eu imitation. C'est un *tic de la mâchoire* (abaissement du maxillaire inférieur avec application des lèvres sur les dents). Ensuite est survenu un *tic de hochement,* renversement de la tête à gauche et mouvement saccadé en arrière. Enfin, ont apparu divers autres *tics de la face et du cou : clignotement, élévation des ailes du nez ;* tic de *crachotement,* tic de *déglutition.*

Les *doigts* sont le siège de *mouvements incessants,* involontaires, mais qui n'ont pas le caractère de brusquerie convulsive de ceux du visage. Ce sont plutôt des contorsions variables rappelant les mouvements choréiformes ou athétosiformes, provoquant des craquements dans les articulations des phalanges, et qui, par leur répétition, ont entraîné des subluxations, au pouce notamment.

Ce garçon a aussi un *tic de la marche. Il heurte ses chevilles* l'une contre l'autre, souvent assez fort pour se faire mal. Pendant la marche, et aussi pendant son travail, et en diverses autres circonstances, *il se baisse brusquement,* et, avec la main, tire sur sa chaussette.

Pendant le sommeil, aucun mouvement. Les tics sont aussi fréquents le matin que le soir. C'est surtout à l'atelier, à l'occasion d'une remontrance, ou lorsqu'il s'agit d'exécuter rapidement un travail pressé, que les tics sont plus nombreux ; en même temps l'agitation générale s'accroît, et aussi la maladresse : il laisse tomber des objets, il casse ses outils.

Il peut s'empêcher de tiquer. Quand il est de son intérêt de demeurer immobile, quand il ne peut remplacer un tic par un autre, il tique « en dedans », dit-il.

Ce garçon a sans doute d'autres tics, qu'il ne signale pas ou que nous n'avons pas constatés. A l'examen du nu, on voit se produire de temps en temps des contractions des peauciers du cou, des sterno-cléido-mastoïdiens, des muscles de la région sous-hyoïdienne.

A noter une asymétrie corporelle manifeste ; le thorax et le bras sont plus développés du côté droit que du côté gauche.

Sensibilité et organes des sens normaux.

En ce qui concerne les tics de ce jeune homme, il faut faire ressortir leur fréquence et la multiplicité de leurs localisations :

tics de la tête, hochement, tics de la face, tic de crachotement, tic de déglutition, tic des jambes, tic de la chaussette. Cet ensemble conduit à penser à la maladie de Gilles de la Tourette. La variabilité des tics, les mouvements choréiformes des mains font songer également à la chorée variable de Brissaud.

En tout cas, le pronostic doit être plus réservé que dans les exemples précédents. L'asymétrie corporelle représente une tare dégénérative assez importante, car il ne semble guère qu'on puisse la mettre uniquement sur le fait d'une déformation professionnelle. Le frère, enfermé dans une maison de correction, est une tare psychique grosse de conséquences. L'intelligence du malade est dans la petite moyenne ; son caractère est peu enviable ; il est sournois ; il faut lui arracher, pour ainsi dire, toutes ses réponses. Enfin, son impulsivité est inquiétante pour l'avenir, puisqu'il a été jusqu'à frapper sa mère. Sa paresse, sa maladresse, feintes ou non, ne sont pas non plus d'un bon présage.

Dans un cas de ce genre, l'*isolement* s'impose, avec une *discipline rigoureuse,* et les efforts éducateurs devront porter non seulement sur les actes moteurs, mais sur le « moral » du sujet.

M. J. CROCQ, *de Bruxelles.*

Le phénomène plantaire combiné. — Étude de la réflectivité dans l'hystérie. — L'examen des réflexes n'a donné, jusqu'à ce jour, que des renseignements très peu précis dans l'hystérie.

Autrefois, Chairon [1] avait cru pouvoir faire, de l'abolition du réflexe pharyngien, un stigmate pathognomonique de cette névrose. Cette assertion, confirmée par Sawyer [2] et Brochin [3], a été combattue par Schnitzler [4], Jolly [5], Armaingaud [6],

1. — Chairon : Études cliniques sur la nature et la coordination des phénomènes hystériques. *(Bulletin de l'Académie de médecine,* 1869, p. 736.)

2. — Sawyer : Some neurone of the larynx. *(British med. Journal,* 31 octobre 1874.)

3. — Brochin : Article « Maladies nerveuses » du *Dictionn. des Sciences méd.,* t. XII, p. 353.

4. — Schnitzler : Ueber Sensibilataetsneurosen des Kehlkopfes. *(Wiener med. Presse,* nos 46 et 48, 1873.)

5. — Jolly : Hypochondrie und hysterie. *(In Ziemzen's Handbuch,* 1877, p. 531.)

6. — Armaingaud : Relation d'une petite épidémie d'hystérie observée à Bordeaux. *(Journal de médecine de Bordeaux,* nos 19, 20, décembre 1879.)

Ziemssen[1], Fraenkel[2], Thaon[3], Mackensie[4], Gougenheim[5], Gottstein[6], Lori[7], Lichtnitz[8], Pitres[9], Mossé[10].

Armaingaud fait remarquer que l'anesthésie de l'épiglotte se rencontre chez les épileptiques, les saturnins, les névropathes de tous genres et souvent aussi chez les individus normaux. Thaon ne l'a rencontrée que chez un sixième de ses hystériques. « Il n'y a pas lieu, dit Pitres, de considérer cette insensibilité comme un signe pathognomonique ; mais il convient de reconnaître qu'elle est assez fréquente chez les hystériques. » Mossé a rencontré l'abolition du réflexe pharyngien chez les deux tiers des sujets non hystériques ; Rendu[11] chez les quatre cinquièmes des élèves des lycées ; Joffroy[12], Sollier[13], Marandon de Montyel[14] ont signalé la fréquence de ce phénomène dans la paralysie générale ; Féré[15] l'a rencontré chez 46 pour 100 de ses épileptiques ; Zlataroff[16] chez 50 pour 100 des sujets atteints d'affections nerveuses quelconques.

Ces faits se confirment de jour en jour : l'abolition du réflexe pharyngien, inconstant dans l'hystérie, se rencontre dans un grand nombre d'autres affections, et l'on peut conclure avec Grasset, Pitres, Dejerine et la majorité des auteurs modernes

1. — Ziemssen : *Handbuch der Krankheiten des Respirationsapparates.* (Leipzig, 1879, p. 400.)

2. — Fraenkel : Beitrag zur Lehre von den Sensibilitaetsneurosen des Schlunder u des Kehlkopfes. (*Breslauer Aertz. Zeitsch,* 28 août 1882.)

3. — Thaon : L'hystérie et le larynx. (*Annales des maladies de l'oreille,* etc., t. VII, p. 30, 1881.)

4. — Mackensie : *Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée* (traduit par Monre et Berthier, Paris, 1882).

5. — Gougenheim : *Névroses du larynx.* (Paris, 1883.)

6. — Gottstein : *Die Krankheiten des Kehlkopfes.* (Vienne, 1884, p. 156.)

7. — Lori : *Die durch andreweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens des Kehlkopfes und der Luftröhre.* (Stuttgard, 1885, p. 23.)

8. — Lichtnitz : *Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens.* (Paris, 1887, p. 42.)

9. — Pitres : *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme* (1891, t. I, p. 83).

10. — Mossé : Valeur sémiologique de l'anesthésie de l'arrière-gorge et de l'épiglotte comme stigmate d'hystérie. (*Midi médical,* 16 avril 1893.)

11. — Rendu : *Soc. méd. des Hôpitaux,* 1891.

12. — Joffroy : *Soc. médico-psychologique,* 13 novembre 1893.

13. — Sollier : *Soc. médico-psychologique,* 29 janvier 1894.

14. — Marandon de Montyel : *Archives de physiologie,* 1897.

15. — Féré : *Semaine médicale,* 1897.

16. — Zlataroff : Valeur sémiologique de quelques réflexes cutanés et muqueux. (*Thèse de Toulouse,* 1900, p. 153.)

que ce symptôme, sans être pathognomonique, est cependant fréquent dans la névrose hystérique.

Les autres réflexes ont donné lieu, sinon à des recherches moins suivies, du moins à des conclusions moins précises. Après avoir parlé du phénomène de Babinski comme signe différentiel entre l'hémiplégie organique et l'hémiplégie hystérique, Dejerine[1] ajoute : « Je n'insisterai pas sur l'état d'autres réflexes cutanés ou muqueux dans l'hystérie, qui sont essentiellement variables selon que la peau et les muscles présentent une sensibilité normale ou non, car l'état de ces réflexes est corrélatif de celui de cette sensibilité. »

Il est certain que l'exagération des réflexes tendineux est très fréquente dans l'hystérie et c'est là un point sur lequel j'ai insisté dans mon rapport au Congrès de Limoges[2]. Mais cette hyperréflectivité est un phénomène si banal, si fréquent dans un grand nombre d'infections, d'intoxications, d'états névrosiques, d'affections nerveuses organiques, que sa constatation ne suffit pas pour établir le diagnostic.

*
* *

Les faits sur lesquels je désire appeler aujourd'hui l'attention se manifestent du côté de la plante du pied. Il me paraît nécessaire, avant de les décrire, de définir nettement les réactions multiples que l'on observe sous l'influence de l'excitation de la région plantaire. Ces réactions sont, en effet, devenues si complexes, leurs particularités ont été étudiées avec tant de soin dans ces dernières années, qu'il est indispensable de les différencier nettement.

I. — Réflexes plantaires normaux.

« Chez un individu normal, disais-je en 1901, dont la sensibilité plantaire n'est pas exagérée, soit constitutionnellement, soit grâce à une intoxication, un attouchement très léger de la plante du pied provoque la flexion des orteils. Une excitation un peu plus énergique donne lieu, chez ce même sujet, à une flexion des orteils, plus une contraction du fascia lata. Une excitation plus forte encore produit la contraction, non seulement du fascia lata, mais encore du couturier,

1. — Dejerine : Sémiologie du système nerveux. (In *Traité de pathologie générale* de Bouchard, t. V, p. 1067.)

2. — Crocq : Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contraction. (*Comptes-rendus du Congrès de Limoges*, 1901, p. 180. — *Journal de Neurologie*, 1901, p. 480.)

des adducteurs, du jambier antérieur, avec la flexion de la cuisse sur la jambe, de la jambe sur la cuisse et des orteils sur le métatarse.

» Enfin, une irritation plus énergique encore donne lieu à une réaction analogue, avec cette différence cependant que les orteils et surtout le gros orteil, au lieu de se fléchir s'étendent par la contraction des extenseurs et en particulier du gros orteil, dont l'action prédomine sur celle des fléchisseurs.

» L'ordre dans lequel se produisent les réactions d'origine plantaire est donc le suivant : fléchisseur des orteils, tenseur du fascia lata, couturier, adducteur, jambier antérieur et enfin extenseur des orteils et en particulier du gros orteil [1]. »

Il est bon de faire remarquer que la flexion des orteils et la contraction du fascia lata sont à peu près simultanées. Ces différentes réactions donnent lieu à trois réflexes normaux :

1° Le *réflexe plantaire en flexion*, que j'ai appelé *réflexe plantaire normal de Babinski*, parce que ce savant l'a, le premier, nettement décrit en 1893 [2]. Ainsi que je l'ai fait remarquer dans mon rapport à Limoges [3], les auteurs étaient, à cette époque, loin d'être d'accord sur la définition du réflexe plantaire ; actuellement, les cliniciens sont unanimes à admettre que ce réflexe est constitué par la flexion des orteils sous l'influence de l'excitation légère de la plante du pied.

J'ai insisté précédemment sur les précautions à prendre pour éviter les nombreuses causes d'erreur dans la recherche de ce réflexe ; après avoir montré combien les statistiques des auteurs diffèrent, j'ai cru pouvoir dire que le réflexe plantaire en flexion existe chez 90 à 95 pour 100 des sujets *normaux* [4]. C'est donc un phénomène pour ainsi dire constant, bien que son intensité puisse varier à l'infini.

2° Le *réflexe* du *fascia lata*, décrit en 1897 par Brissaud [5] et que j'ai dénommé *réflexe plantaire normal de Brissaud* [6], injustement négligé pendant six ans [7], constitue cependant une réaction des plus intéressantes.

La définition de ce réflexe se trouve tout entière dans les paroles suivantes de Brissaud : « Si, après avoir découvert le sujet jusqu'aux hanches, vous excitez légèrement l'épiderme plantaire, vous verrez

1. — Crocq : Le réflexe du fascia lata. (*Ann. de la Soc. belge de Neurologie*, 28 décembre 1901. *Journal de Neurologie*, 1902, n° 2, p. 3.)

2. — Babinski : Discussion du rapport de M. Mendelssohn. (*Comptes-rendus du Congrès intern. de Neurologie de Bruxelles*, 1897, fasc. I, p. 111.)

3. — Crocq : Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture. (*Rapport au XIIe Congrès des méd. aliénistes et neurologistes.* Limoges, 1901, p. 127.)

4. — *Id.*, *loc. cit.*, p. 128.

5. — Brissaud : Le réflexe du fascia lata. (*Gaz. heb. de méd.*, mars 1896, n° 22, p. 253.)

6. — Crocq : Réflexe plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire (*Ann. de la Soc. belge de Neurologie*, 22 février 1902. — *Journal de Neurologie*, 1902, n° 6, p. 108.)

7. — *Id.*, Le réflexe du fascia lata. (*Ann. de la Société belge de Neurologie*, 28 décembre 1901. — *Journal de Neurologie*, 1902, n° 2, p. 28.)

presque toujours apparaître une contraction vive, instantanée et isolée du *tenseur du fascia lata* [1]. »

Le réflexe du fascia lata est d'une constance remarquable ; sa recherche nécessite les mêmes précautions que celles du réflexe en flexion ; il est nécessaire de pratiquer une excitation très légère de manière à provoquer la contraction isolée du fascia lata, sans participation des autres muscles de la cuisse.

3° Le *réflexe plantaire défensif* ou réflexe profond du pied, très anciennement connu, consiste dans la contraction des muscles couturier, adducteurs, jambier antérieur, extenseur des orteils et en particulier du gros orteil, avec flexion du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin.

Ce réflexe, constant à l'état normal, se produit sous l'influence d'une excitation *forte* de la plante du pied (piqûre). J'ai résumé précédemment ces données comme suit :

« Les réactions motrices provoquées par l'excitation de la plante du pied peuvent être divisées cliniquement en trois et physiologiquement en deux groupes.

» Cliniquement on rencontre :

» 1° La flexion des orteils, provoquée par un attouchement très léger, qui constitue le *réflexe plantaire normal de Babinski ;*

» 2° La contraction du tenseur du fascia lata, provoquée par une irritation un peu plus énergique, qui constitue le *réflexe plantaire normal de Brissaud ;*

» 3° La contraction du couturier, des adducteurs, du jambier antérieur, de l'extenseur des orteils et en particulier du gros orteil (faux phénomène de Babinski), avec flexion de la cuisse sur la jambe et de la jambe sur la cuisse qui constitue le *réflexe défensif* complet destiné à éloigner le pied de l'excitant. »

Anatomiquement, les voies de ces trois espèces de réflexes paraissent différentes : me basant sur des faits expérimentaux et cliniques, je me suis efforcé de prouver au Congrès de Limoges que, comme terme ultime de l'ascension des centres dans l'échelle animale, les réflexes tendineux ont, chez l'homme, leurs centres dans les corps opto-striés, tandis que les réflexes cutanés se transmettent jusqu'à l'écorce cérébrale (centres corticaux) et que les réflexes défensifs rapides, tels que le réflexe profond du pied, sont intra-médullaires.

« Chez l'homme, disais-je [2], les voies longues sont seules chargées de produire les réflexes tendineux et cutanés ; les centres des réflexes tendineux sont basilaires et soumis à l'action inhibitrice du cerveau et du cervelet ; ceux des réflexes cutanés sont corticaux.

» Ici encore, certains réflexes défensifs continuent à parcourir les voies courtes (piqûre, eau chaude, eau froide). »

D'après ces données, qui ne sont pas renversées à l'heure actuelle, le

1. — Crocq : Réflexe plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire (*Journal de Neurologie,* 1902, n° 6, p. 108.)

2. — *Id., Physiologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture,* p. 140.

centre du réflexe plantaire normal en flexion serait cortical, tandis que celui du réflexe plantaire défensif serait médullaire.

Les faits cliniques prouvent l'exactitude de cette assertion : lorsque les centres corticaux et leurs voies centripètes et centrifuges sont intactes, il y a conservation du réflexe plantaire en flexion ; au contraire, chaque fois que les centres corticaux ou leur prolongement sont détruits, il y a abolition de ce réflexe.

La contraction du fascia lata n'est, en somme, que le début du réflexe défensif. Le fascia lata se contracte toujours dans le retrait réflexe du membre inférieur ; pour obtenir sa contraction isolée, il faut pour ainsi dire dissocier le réflexe défensif, faire un attouchement suffisant pour provoquer la réaction du fascia lata, et insuffisant pour que le couturier, les adducteurs, le jambier antérieur, l'extenseur des orteils se contractent.

Lors de mes premières recherches sur le réflexe du fascia lata, après avoir mentionné les trois catégories de réflexes plantaires cliniques mentionnés plus haut, j'ajoutais [1] :

« Physiologiquement, les deux dernières réactions se confondent ; dans mon premier article, j'ai cherché à prouver que la contraction du fascia lata constitue le début du mouvement de défense automatique dont la réalisation complète est la rétraction du membre.

» Au contraire, le réflexe en flexion est un phénomène spécial, indépendant des deux autres et souvent même en antagonisme avec eux puisque l'on rencontre assez fréquemment l'abolition du premier en même temps que l'exagération des derniers.

» Physiologiquement, on trouve donc :

» 1° La flexion des orteils provoquée par un attouchement très léger (réflexe plantaire normal de Babinski) ;

» 2° La contraction du tenseur du fascia lata provoquée par une irritation un peu plus forte (réflexe plantaire normal de Brissaud) ; puis la contraction du couturier, des adducteurs, du jambier antérieur, de l'extenseur des orteils et en particulier du gros orteil, avec flexion de la cuisse sur la jambe, de la jambe sur la cuisse, etc. (réflexe défensif complet). »

Si ces idées sont exactes, le centre réflexe du fascia lata doit être médullaire ; ainsi que je le faisais remarquer il y a deux ans, « il doit exister dans les régions transversales complètes de la moelle, siégeant au-dessus des noyaux du crural, alors que les réflexes tendineux et cutanés sont abolis [2] ».

Les observations confirment en tout point cette manière de voir, le réflexe du fascia lata ayant une signification clinique toute différente de celle du réflexe plantaire en flexion.

Dans sa leçon de 1896, Brissaud présentait à ses élèves un malade atteint de paraplégie flasque des deux membres inférieurs, avec paralysie des sphincters, eschares, hypoesthésie considérable, chez lequel

1. — Crocq : Réflexe plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 6, p. 108.)

2. — *Id.*, Le réflexe du fascia lata. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 2, p. 35.)

tous les réflexes étaient abolis, sauf celui du fascia lata. Poursuivant ces recherches, j'ai montré, à la Société belge de Neurologie, plusieurs malades analogues : l'un atteint d'une paraplégie flasque avec *abolition de tous les réflexes, sauf celui du fascia lata ;* chez deux autres paraplégiques, il y avait affaiblissement considérable des réflexes plantaires en flexion avec exagération du réflexe du fascia lata ; chez huit hémiplégiques organiques il y avait également abolition (six) ou *affaiblissement* (deux) du *réflexe plantaire en flexion, contrastant avec l'exagération du réflexe du fascia lata.*

En décrivant ces cas, j'insistais sur la *dissociation du réflexe en flexion et du réflexe du fascia lata* que Chadynski [1] a confirmée dans ses statistiques. Me basant sur ces données multiples, j'ai établi la distinction suivante, qui confirme totalement la classification physiologique précédente [2] :

« Il existe deux variétés distinctes de réflexes plantaires, ayant chacune leur signification propre, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue anatomo-pathologique :

» 1° *Le réflexe plantaire cortical ou réflexe plantaire normal de Babinski,* constitué par la flexion des orteils, provoqué par un attouchement très léger ;

» 2° *Les réflexes plantaires médullaires qui comprennent :*

» a) *Le réflexe du fascia lata ou réflexe plantaire normal de Brissaud,* provoqué par une irritation un peu plus énergique et qui n'est que le premier stade du mouvement de défense ;

» b) *Le réflexe défensif complet,* provoqué par une excitation encore plus énergique et constitué par la contraction du couturier, des adducteurs, du jambier antérieur, de l'extenseur des orteils et en particulier du gros orteil (faux réflexe pathologique de Babinski), avec flexion de la cuisse sur la jambe, de la jambe sur la cuisse, etc. »

II. — Réflexes plantaires pathologiques.

Les *réflexes plantaires pathologiques* méritent aujourd'hui toute l'attention des cliniciens, en raison de leur signification de plus en plus précise.

a) Le *phénomène des orteils,* appelé plus communément réflexe de Babinski, du nom de l'auteur qui, le premier, l'a décrit [3], a actuellement conquis une place des plus importantes dans la science neurologique. Ainsi que j'ai dit en 1901, « *le réflexe de Babinski se caractérise avant tout par l'extension du gros orteil et accessoirement par celle des autres orteils* [4] ».

1. — Babinski : *Comptes rendus de la Soc. de Biologie,* 1891. — Discussion du rapport de M. Mendelssohn. (*Comptes rendus du Congrès intern. de Neurologie,* Bruxelles, 1897, fasc. 1, p. 111.)

2. — Crocq : Réflexe plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire. (*Journal de Neurologie,* 1902, n° 6, p. 110.)

3. — *Id., Physiologie et pathologie du tonus musculaire, du réflexe et de la contracture,* p. 142.

4. — *Id.,* Le réflexe du fascia lata. (*Ann. de la Soc. belge de Neurologie,* 28 décembre 1901.) — (*Journal de Neurologie,* 1902, n° 2, p. 31.)

Ainsi que je le disais encore à cette époque, « lorsque cette extension existe chez l'adulte, il y a neuf cent quatre-vingt-dix-neuf chances sur mille pour que l'on ait affaire à une lésion organique du faisceau pyramidal (p. 145) ».

J'insistais sur les précautions à prendre pour ne pas confondre le réflexe de Babinski avec la réaction défensive banale qui, elle aussi, provoque l'extension des orteils : « Il faut surtout éviter, disais-je, de provoquer la réaction du pied et de la jambe, signalée plus haut, qui entraîne nécessairement une extension des orteils n'ayant rien de commun avec le phénomène des orteils. Toute extension des orteils qui se produit en même temps qu'un mouvement du pied dans son ensemble, doit être considérée comme nulle ; l'extension pathologique des orteils doit se manifester sous l'influence d'excitations peu énergiques, telles que le frôlement de la région interne ou externe du pied, sans s'accompagner d'aucune réaction (p. 145). »

Cette extension des orteils, contre laquelle on ne saurait assez se mettre en garde est si importante à connaître, si constante, que j'ai cru pouvoir lui donner le nom de *faux réflexe de Babinski* [1].

b) L'abduction des orteils, décrite le 2 juillet 1903 par Babinski, consiste en une abduction plus ou moins marquée d'un ou de plusieurs orteils sous l'influence de l'excitation légère de la plante du pied. Rare et peu prononcé chez les sujets sains, ce signe est fréquent chez les malades atteints de perturbation du système pyramidal, sans l'être cependant autant que l'extension du gros orteil. Babinski l'a retrouvé surtout accusé dans les paralysies spasmodiques congénitales accompagnées d'athétose ; chez le nouveau-né, il n'a aucune signification, pas plus du reste que l'extension des orteils. Dupré a donné à ce réflexe le nom imagé de *signe de l'éventail*.

Babinski réserve le nom d'*abduction réflexe des orteils* à la réaction que je viens de décrire ; il appelle *abduction associée* des orteils [2] le phénomène suivant : le sujet étant couché sur le dos, les bras croisés, on lui fait exécuter des mouvements alternatifs de flexion et d'extension du tronc sur le bassin, comme pour la recherche du « mouvement combiné de flexion du tronc et de la cuisse ». Pendant l'exécution de ces actes, on voit les orteils s'écarter les uns des autres. L'auteur attribue à cette abduction associée, une signification clinique du même ordre qu'à l'abduction réflexe, mais l'une peut exister là où l'autre manque.

*
* *

Ces prémices étant posés, nous pouvons nous occuper de l'état des réflexes cutanés dans l'hystérie.

Si l'on consulte les auteurs, on ne trouve aucune indication

1. — Babinski : De l'abduction des orteils, Soc. de Neurologie de Paris, 2 juillet 1903. — *(Revue neurologique*, n° 14, 30 juillet 1903, p. 728.)

2. — Babinski : De l'abduction des orteils (signe de l'éventail), Soc. de Neurol. de Paris, 3 décembre 1903. — *(Revue neurologique*, n° 14, 30 décembre 1903, p. 1205.)

bien spéciale concernant ce sujet. Les discussions ont porté sur le point de savoir si les réactions réflexes cutanées sont ou non en rapport avec l'état de la sensibilité.

Pitres remarque que « les réactions motrices qui suivent le chatouillement de la peau sont en général directement proportionnelles au degré de sensibilité cutanée[1] » sauf en ce qui concerne le réflexe abdominal. « Il est certain toutefois, dit-il, que le réflexe abdominal n'est pas en rapport aussi direct avec la sensibilité cutanée que les autres réflexes au chatouillement, que le réflexe plantaire en particulier. » Jendrassik[2] admet un rapport étroit entre les réflexes cutanés et l'état de la sensibilité.

Ferranini[3], Agostini[4], Leyden[5], Goldscheider[6], Dejerine[7], Chadzynski[8], reconnaissent l'inconstance du rapport entre l'anesthésie et l'abolition des réflexes cutanés.

Ganault[9] considère au contraire la sensibilité réflexe comme une manifestation de l'exquise délicatesse de la sensibilité tactile.

Ainsi que je le faisais remarquer antérieurement[10], il est très difficile de se rendre compte exactement de l'état des réflexes cutanés, et des plantaires en particulier, si l'on ne s'astreint pas à des précautions minutieuses sans lesquelles le sujet réagit parce qu'il *sait* l'attouchement désagréable. J'ajoutais que, dans les affections fonctionnelles, le parallélisme entre l'état de la sensibilité et des réactions réflexes me paraissait moins constant que dans les maladies organiques. Quoi qu'il en soit, je disais, en 1901[11], concernant l'état de ces réflexes cutanés dans l'hystérie : « Le réflexe plantaire est cependant souvent absent, et cela presque toujours lorsqu'il y a anesthésie plantaire. »

1. — Pitres : *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme.* Paris 1891, t. I, p. 70.

2. — Jendrassik : Sur la localisation générale des réflexes. (*Deutches arch. f. klin. Med.*, 1894, Bd LII, pp. 569-600.)

3. — Ferranini : Le vie afferanti dei reflessi, etc. (*Rep. med.*, Naples 1898.)

4. — Agostini : Analyse dans la (*Rev. neurol.* 1874, p. 105), cité par Chadzynski.

5-6. — Leydenn et Goldscheider : Cités par Zlataroff et Chadzynski.

7. — Dejerine, *loc. cit.*, p. 998.

8. — Chadzynski, *loc. cit.*, p. 84.

9. — Canault : Contribution à l'étude de quelques réflexes dans l'hémiplégie organique. (*These de Paris,* 1898.)

10. — Crocq : *Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture*, p. 135.

11. — *Id.*, p. 180.

A l'occasion de la présentation d'un cas de névrose traumatique dans lequel les réflexes plantaires en flexion et du fascia lata étaient très faibles à gauche et abolis à droite, je disais [1] : « Du reste, l'abolition simultanée des deux réflexes plantaires se rencontre dans les névroses ; *j'ai,* pour ma part, rencontré *trois hystériques chez lesquelles l'excitation de la plante du pied ne donnait lieu à aucune réaction du côté du fascia lata.* » Je soulignais ces mots, parce que ce phénomène m'avait frappé et que je désirais en rechercher les causes.

Le 28 mars 1903, M. Bastin [2] présenta à la Société belge de Neurologie un cas d'hystérie mâle avec hyperréflectivité tendineuse extrême et abolition des réflexes plantaires en flexion et du fascia lata [3] : « Remarquez aussi, disais-je au cours de la discussion, l'abolition des deux réflexes plantaires, en flexion (que j'ai dénommé *réflexe plantaire cortical)* et du fascia lata (que j'ai appelé *réflexe plantaire médullaire).* A plusieurs reprises, je vous ai montré des hystériques présentant l'abolition simultanée de ces deux réflexes plantaires sans altération de la sensibilité de la plante des pieds. Chez le malade de M. Bastin, nous rencontrons, une fois de plus, ce phénomène que je considère comme fréquent dans l'hystérie. »

Depuis deux ans, je n'ai cessé de poursuivre cette idée : j'ai examiné les réflexes plantaires de tous les malades que j'ai eu l'occasion d'examiner, et cela dans toutes les conditions voulues pour éviter la moindre cause d'erreur. En ce qui concerne l'hystérie, j'ai eu soin d'écarter tous les cas douteux ; j'ai choisi, parmi les nombreux sujets que j'ai rencontrés, ceux qui présentaient des stigmates non équivoques de la névrose, tels que : accès convulsifs bien caractérisés, paralysies ou contractures nettement hystériques, anesthésies nettement établies. J'ai réuni ainsi un total de 100 cas qui me permettent de dresser le tableau reproduit page suivante.

1. — Crocq : Un cas de névrose traumatique grave. (*Annuaire de la Société belge de Neurologie,* 26 avril 1902. — *Journal de Neurologie,* 1902.)

2. — Bastin : Un cas d'hystérie mâle avec hyperréflectivité extrême. (*Annuaire de la Société belge de Neurologie,* 28 mars 1903, p. 217. — *Journal de Neurologie,* 1903.)

3. — Crocq : Discussion du cas précédent. (*Annuaire de la Société belge de Neurologie,* 28 mars 1903, p. 218. — *Journal de Neurologie,* 1903.)

NOMBRE des MALADES	DIAGNOSTIC	ÉTAT DE LA SENSIBILITÉ PLANTAIRE	RÉFLEXE PHARYNGIEN	RÉFLEXE PLANTAIRE CORTICAL	RÉFLEXE PLANTAIRE MÉDULLAIRE	RÉFLEXES TENDINEUX	RÉFLEXE ABDOMINAL	CLONISME	RÉFLEXE PLANTAIRE PROFOND	RÉFLEXE de BABINSKI	SIGNE de L'ÉVENTAIL
A) **Hommes**											
a) 11	ACCÈS TYPIQUES	Abolie ... 3=27,27% Affaiblie . 3=27,27% Normale . 2=18,18% Exagérée. 3=27,27%	Aboli. ... 6=54,54% Affaibli... 2=18,18% Normal .. 1= 9,09% Exagéré.. 2=18,18%	Aboli. ... 6=54,54% Affaibli. . 2=18,18% Normal. . 1= 9,09% Exagéré. . 2=18,18%	Aboli. ... 5=45,45% Affaibli .. 3=27,27% Normal. . 1= 9,09% Exagéré.. 2=18,18%	Abolis.... 0=0 Affaiblis. . 1= 9,09% Normaux. 2=18,18= Exagérés. 8=72,72%	Aboli. ... 2=18,18% Affaibli... 2=18,18% Normal .. 4=36,36% Exagéré.. 3=27,27%	Pied..... 2=18,18% Rotule... 1= 9,09% Poignet. . 0=0	Aboli. ... 1= 9,09% Affaibli. . 2=18,18% Normal... 3=27,27% Exagéré.. 5=45,45%	VRAI Babinski, jamais — FAUX Babinski, fréquent.	0
b) 5	PARALYSIES et CONTRACTURES	Abolie..... 2=40 % Affaiblie... 1=20 % Normale... 0=0 Exagérée... 2=40 %	Aboli....... 3=60% Affaibli..... 0=0 Normal..... 1=20% Exagéré. ... 1=20%	Aboli....... 3=60% Affaibli..... 1=20% Normal..... 0=0 Exagéré. ... 1=20%	Aboli....... 3=60% Affaibli..... 0=0 Normal..... 1=20% Exagéré. ... 1=20%	Abolis...... 0=0 Affaiblis. ... 0=0 Normaux.... 1= 20% Exagérés ... 4=80%	Aboli....... 0=0 Affaibli.... 1=20% Normal..... 2=40% Exagéré. ... 2=40%	Pied... .... 1=20% Rotule...... 1=20% Poignet ..... 0=0	Aboli....... 0=0 Affaibli..... 0=0 Normal..... 2=40% Exagéré.... 3=60%		1
B) **Femmes**											
a) 52	ACCÈS TYPIQUES	Abolie. . 17=32,69% Affaiblie. 19=36,15% Normale. 5= 9,63% Exagérée. 11=21,17%	Aboli... 41=78,84% Affaibli. 2= 3,86% Normal . 1= 1,92% Exagéré. 8=15,38%	Aboli. .. 35=67,30% Affaibli.. 3= 5,76% Normal . 5= 9,53% Exagéré. 9=17,50%	Aboli. .. 31=59,61% Affaibli . 6=11,53% Normal.. 6=11,53% Exagéré. 9=17,50%	Abolis. . 1= 1,92% Affaiblis. 4= 7,69% Normaux 2= 3,86% Exagérés 45=86,53%	Aboli. .. 12=23,07% Affaibli.. 7=13,46% Normal . 23=44,23% Exagéré. 10=19,23%	Pied...... 4=7,69% Rotule.... 1=1,92% Poignet. .. 0=0	Aboli... 3= 5,79% Affaibli . 12=23,07% Normal.. 11=21,17% Exagéré. 26= 50%		2
b) 21	PARALYSIES et CONTRACTURES	Abolie. . 13=61,90% Affaiblie. 2= 9,52% Normale. 1= 4,76% Exagérée. 5=23,80%	Aboli. .. 14=66,66% Affaibli. 1= 4,76% Normal . 2= 9,52% Exagéré. 4=19,04%	Aboli. .. 13=61,90% Affaibli.. 1= 4,76% Normal.. 2= 9,52% Exagéré. 5=23,80%	Aboli. .. 12=57,14% Affaibli.. 2= 9.52% Normal.. 3=14,28% Exagéré. 4=19,04%	Abolis... 2= 9,52% Affaiblis. 3=14,28% Normaux 1= 4,76% Exagérés 15=71,42%	Aboli. ... 7=33,33% Affaibli. . 2= 9,52% Normal... 8=38,09% Exagéré.. 4=19,04%	Pied... .. 2=9,52% Rotule.... 2=9,52% Poignet. .. 0=0	Aboli. .. 3=14,28% Affaibli.. 2= 9,52% Normal.. 5=23,80% Exagéré. 11=52,38%		4
c) 11	ANESTHÉSIES TYPIQUES......	Abolie... 7=63,63% Affaiblie . 2=18,18% Normale.. 0=0 Exagérée. 2=18,18%	Aboli.... 9=81,81% Affaibli... 1= 9,99% Normal. . 0=0 Exagéré.. 1= 9,99%	Aboli. ... 8=72,72% Affaibli... 0=0 Normal... 1= 9,99% Exagéré. . 2=18,18%	Aboli. ... 8=72,72% Affaibli. . 1= 9,99% Normal. . 1= 9,99% Exagéré.. 1= 9,99%	Abolis. .. 1= 9,99% Affaiblis.. 0=0 Normaux. 3=27,27% Exagérés. 7=63,63%	Aboli. ... 3=27,27% Affaibli. . 2=18,18% Normal. . 5=45,45% Exagéré. . 1= 9,99%	Pied...... 1=9,99% Rotule.... 0=0 Poignet... 0=0	Aboli. ... 3=27,27% Affaibli. . 0=0 Normal. . 3=27,27% Exagéré.. 5=45,45%		1
Total : 100	HYSTÉRIE	Abolie .... 42 Affaiblie....... 27 Normale....... 8 Exagérée....... 23	Aboli.......... 73 Affaibli....... 6 Normal.. ...... 5 Exagéré....... 16	Aboli .... 65 Affaibli........ 7 Normal..... ... 9 Exagéré........ 19	Aboli.......... 5 Affaibli .... 1[illegible] Normal......... 1[illegible] Exagéré........ 1[illegible]	Abolis...... ... 6 Affaiblis........ 8 Normaux....... 9 Exagérés....... 79	Aboli.......... 24 Affaibli ...... 14 Normal........ 42 Exagéré....... 20	Pied........... 10 Rotule......... 5 Poignet......... 0	Aboli.......... 10 Affaibli........ 16 Normal....... . 24 Exagéré........ 50	0	8

NOMBRE de MALADES	DIAGNOSTIC	DEUX RÉFLEXES PLANTAIRES ABOLIS	CORTICAL SEUL ABOLI	MÉDULLAIRE SEUL ABOLI	ANESTHÉSIE et ABOLIT DEUX RÉFLEXES	SENSIBILITÉ AFFAIBLIE et ABOLIT DEUX RÉFLEXES	SENSIBILITÉ NORMALE et ABOLIT DEUX RÉFLEXES	ANESTHÉSIE et CONSERVATION RÉFLEXE	ABOLITION RÉFLEXE PLANTAIRE PROFOND et CONSERVATION DEUX AUTRES	ABOLITION DEUX RÉFLEXES et PLANTAIRE PROFOND	ABOLITION DEUX RÉFLEXES et AFFAIBLISSEM. PLANTAIRE PROFOND	ABOLITION DEUX RÉFLEXES et CONSERVATION PLANTAIRE PROFOND	ABOLITION DEUX RÉFLEXES et EXAGÉRÉ PLANTAIRE PROFOND
Hommes													
11	ACCÈS TYPIQUES....	5=45,45 %	1=9,09 %	0	2	2	1	0	0	1	2	3	1
5	PARALYSIES ET CONTRACTURES....	3 = 60 %	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0
Femmes													
52	ACCÈS TYPIQUES....	31=59,61 %	4=7,69 %	0	15	9	7	6	0	3	12	9	8
21	PARALYSIES ET CONTRACTURES....	12=57,14 %	1=4,76 %	0	8	2	2	1	0	3	2	4	3
11	ANESTHÉSIES.	8=72,72 %	0	0	7	0	1	1	0	3	0	3	1
Totaux : 100		59	6	0	34=57,62 %	13	12=20,35 %	8=13,56 %	0	10=16,95 %	16=28,81 %	20=33,90 %	13=22,03 %

Si l'on envisage tout d'abord les résultats généraux sans distinction de la forme morbide, on voit que le réflexe pharingien est aboli dans 75 pour 100 des cas et que les réflexes tendineux sont exagérés dans 73 pour 100.

L'abolition du réflexe pharyngien étant, ainsi que je l'ai dit plus haut, un phénomène aussi banal que l'exagération des réflexes tendineux, cette dernière manifestation constitue donc un signe au moins aussi précieux que la première pour établir le diagnostic de l'hystérie.

L'abolition de la sensibilité plantaire, observée dans 42 pour 100 des cas, me paraît beaucoup plus importante ; je ne sache pas qu'elle ait été signalée fréquemment dans les autres névroses. Elle constitue donc un signe important pour le diagnostic de la névrose hystérique.

L'abolition des réflexes plantaires cortical et médullaire est plus fréquente encore, puisque nous trouvons les proportions de 65 pour 100 et 59 pour 100. Nous avons vu combien ces réflexes sont constants à l'état normal ; nous savons que leur abolition, dans les cas de lésions organiques, dépend soit de la destruction des voies corticales (réflexe en flexion), soit de celle des voies médullaires. D'autre part, l'examen des réflexes plantaires, dans les névroses autres que l'hystérie, prouve que leur abolition est rare : dans l'épilepsie on a signalé leur diminution ; leur abolition pendant et après les accès est passagère.

La fréquence très grande de l'abolition des deux réflexes plantaires constitue donc un phénomène tout à fait spécial dans l'hystérie. Ce phénomène est d'autant plus remarquable qu'il peut coïncider avec la conservation et l'exagération du réflexe plantaire profond ; nous voyons en effet que ce réflexe, aboli dans 10 pour 100 des cas et affaibli dans 16 pour 100, est normal dans 24 pour 100 et exagéré dans 50 pour 100.

Le réflexe abdominal présente des variations très inconstantes : le plus souvent il est normal (42 pour 100) ; il peut néanmoins être aboli (24 pour 100), exagéré (20 pour 100) ou affaibli (14 pour 100).

En ce qui concerne les réflexes pathologiques de Babinski, le tableau indique que si j'ai observé souvent le faux réflexe en extension, je n'ai jamais rencontré le *vrai* phénomène des orteils. Je dois donc croire, ainsi que je l'ai dit du reste depuis longtemps, que les auteurs qui l'ont signalé ont été victimes soit d'une erreur de diagnostic, soit d'une erreur d'observation.

J'ai au contraire noté *huit fois* le signe de l'éventail que

Chadzynski a également vu dans un cas d'hémiplégie hystérique[1]. Ces faits démontrent que l'abduction des orteils n'est pas une signification aussi précise que leur extension.

Le clonus du pied n'est pas très rare dans l'hystérie (10 pour 100) ; celui de la rotule est moins fréquent (5 pour 100) ; celui du poignet n'a pas été relevé dans mes cas.

Il est nécessaire de se demander si l'abolition de chacun des réflexes est indépendante ou bien si elle se produit de préférence simultanément. Le tableau ci-dessus nous renseignera à ce sujet.

L'abolition simultanée des deux réflexes plantaires (cortical et médullaire) existe donc dans 59 pour 100 des cas ; chaque fois que le réflexe du fascia lata était aboli, le réflexe en flexion l'était aussi (59) ; dans 6 cas, au contraire, il y avait abolition isolée du dernier.

Ce tableau nous renseigne aussi sur le rapport des réflexes avec la sensibilité.

Sur 59 pour 100 des cas où les deux réflexes étaient abolis, nous ne trouvons que 34 cas, soit 57,62 pour 100 où il y avait anesthésie. Ce fait prouve que l'anesthésie n'est pas une condition *sine quâ non* de la disparition des réflexes cutanés.

Nous voyons en outre que dans 12 cas, soit 20,35 pour 100, il y a eu abolition de ces réflexes sans altération de la sensibilité ; enfin dans 8 cas, soit 13,56 pour 100, il y a eu anesthésie avec conservation des réflexes, ce qui prouve que l'anesthésie peut exister sans altération des réflexes.

L'abolition du réflexe plantaire profond existe dans 16,95 pour 100 des 59 cas d'abolition simultanée des deux réflexes plantaires cortical et médullaire ; son affaiblissement, dans 28,81 pour 100, sa conservation dans 33,90 pour 100 et son exagération dans 22,08 pour 100. Tous les cas dans lesquels il y avait abolition du réflexe plantaire profond ont coïncidé avec l'abolition des deux autres réflexes (10 fois, soit 16,95 pour 100) ; mais souvent l'abolition de ces deux réflexes a coïncidé avec la conservation (20 cas, soit 33,90 pour 100) ou même l'exagération (13 cas, soit 22,03 pour 100) du réflexe plantaire profond.

Si maintenant nous établissons le pourcentage des phénomènes précédents, établi d'après la nature des manifestations observées, nous obtenons les résultats suivants :

1. — Chadzinski, *loc. cit.*, p. 107.

	ACCÈS (63 cas).	PARALYSIES et CONTRACTURES (26 cas).	ANESTHÉSIES (11 cas).
ANESTHÉSIE PLANTAIRE	(20) 31,74 °/₀	(16) 61,53 °/₀	(7) 63,63 °/₀
HYPERESTHÉSIE PLANTAIRE	(14) 22,22 °/₀	(7) 26,92 °/₀	(2) 18,18 °/₀
RÉFLEXE PHARYNGIEN :			
Aboli	(47) 74.60 °/₀	(17) 65,38 °/₀	(9) 81,81 °/₀
Exagéré	(10) 15,87 °/₀	(5) 19,23 °/₀	(1) 9,99 °/₀
RÉFLEXE PLANTAIRE CORTICAL :			
Aboli	(41) 65,07 °/₀	(16) 61,53 °/₀	(8) 72,72 °/₀
Exagéré	(11) 17,46 °/₀	(6) 23,07 °/₀	(2) 18,18 °/₀
RÉFLEXE PLANTAIRE MÉDULLAIRE :			
Aboli	(36) 57,14 °/₀	(15) 57,73 °/₀	(8) 72,72 °/₀
Exagéré	(11) 17,46 °/₀	(5) 19,23 °/₀	(1) 9,99 °/₀
RÉFLEXES TENDINEUX :			
Abolis	(1) 1,58 °/₀	(2) 7,69 °/₀	(1) 9,99 °/₀
Exagérés	(53) 84,12 °/₀	(19) 73,07 °/₀	(7) 63,63 °/₀
RÉFLEXE ABDOMINAL :			
Aboli	(14) 22,22 °/₀	(7) 26,92 °/₀	(3) 27,27 °/₀
Normal	(27) 42,85 °/₀	(10) 38,46 °/₀	(5) 45,45 °/₀
Exagéré	(13) 20,63 °/₀	(8) 30,76 °/₀	(1) 9,99 °/₀
CLON :			
Pied	(6) 9,52 °/₀	(3) 11,53 °/₀	(1) 9,99 °/₀
Rotule	(2) 3,17 °/₀	(3) 11,53 °/₀	(0) 0
Poignet	(0) 0	(0) 0	(0) 0
RÉFLEXE PLANTAIRE PROFOND :			
Aboli	(4) 6,35 °/₀	(3) 11,53 °/₀	(3) 27,27 °/₀
Exagéré	(31) 49,20 °/₀	(14) 53,83 °/₀	(5) 45,45 °/₀

L'anesthésie plantaire est donc la plus fréquente dans les formes avec anesthésies (63,63 pour 100) ; puis viennent les paralysies et contractures (61,53 pour 100), et enfin les accès (31,74 pour 100).

L'hypéresthésie plantaire se rencontre au contraire surtout dans les paralysies et contractures (26,92 pour 100) ; puis dans les accès (22,22 pour 100), et ensuite dans les anesthésies (18,18 pour 100).

L'abolition du réflexe pharyngien est la plus fréquente dans les anesthésies (81,81 pour 100) ; puis dans les accès (74,60 pour 100) ; enfin dans les paralysies et contractures (65,38 pour 100).

L'abolition du réflexe plantaire cortical s'est montrée surtout dans les anesthésies (72,72 pour 100) ; puis dans les accès (65,07 pour 100) ; en troisième lieu, dans les paralysies et contractures (61,53 pour 100) ; tandis que l'abolition du réflexe plantaire médullaire, également plus fréquente dans les anesthésies (72,72 pour 100), existe à peu près au même titre dans les paralysies et contractures (57,73 pour 100) et dans les accès (57,14 pour 100).

L'exagération des réflexes tendineux, très fréquente dans les accès (84,12 pour 100), est moins constante dans les paralysies et contractures (73,07 pour 100), moins encore dans les anesthésies (63,63 pour 100).

Le clonisme, surtout observé dans les paralysies et contractures (11,53 pour 100), n'a existé que dans 9,99 pour 100 dans les anesthésies, et dans 9,52 pour 100 des formes à accès.

L'abolition du réflexe plantaire profond, surtout marquée dans les anesthésies (27,27 pour 100), puis dans les paralysies et contractures (11,53 pour 100) ; s'est montrée au minimum dans les accès (11,53 pour 100) ; tandis que son exagération, fréquente dans les paralysies et contractures (53,83 pour 100), l'est un peu moins dans les accès (49,20 pour 100), moins encore dans les anesthésies (45,45 pour 100).



Ces recherches nous permettent d'énoncer les conclusions suivantes :

1° L'abolition du réflexe pharyngien est fréquente dans l'hys-

térie (73 pour 100) ; surtout marquée dans les formes accompagnées d'anesthésie (81,81 pour 100), elle se montre un peu moins souvent dans les formes à accès (74,60 pour 100), moins encore dans les paralysies et contractures (65,38 pour 100).

Ce phénomène se rencontrant dans un grand nombre d'autres affections et même à l'état normal, constitue un facteur banal qui ne suffit pas à établir le diagnostic d'hystérie ;

2° L'exagération des réflexes tendineux (79 pour 100), plus fréquente que l'abolition du réflexe pharyngien, constitue un signe au moins aussi précieux que ce dernier pour établir le diagnostic ; très fréquente dans les formes à accès (84,12 pour 100), elle est moins constante que dans les paralysies et contractures (73,07 pour 100), moins encore dans les anesthésies (63,63 pour 100). Son existence dans un grand nombre d'affections toxiques et infectieuses et même à l'état normal ne lui permet cependant pas d'avoir une valeur pathognomonique ;

3° L'abolition de la sensibilité plantaire est fréquente dans l'hystérie (42 pour 100); on la rencontre surtout dans les formes accompagnées d'anesthésies (63,63 pour 100) ; puis viennent les paralysies et contractures (61,53 pour 100), et enfin les accès (31,74 pour 100).

L'anesthésie plantaire, rare dans les autres névroses, constitue un symptôme digne de remarque ;

4° L'abolition simultanée du réflexe plantaire cortical ou réflexe en flexion et du réflexe plantaire médullaire ou réflexe du *fascia lata*, est très fréquente (59 pour 100) ; surtout marquée dans les formes avec anesthésie (72,72 pour 100), elle se rencontre à peu près aussi souvent dans les paralysies et contractures (53,73 pour 100) et dans les accès (57,14 pour 100).

Nous donnons à l'abolition simultanée de ces deux réflexes le nom de *phénomène plantaire combiné*.

Ces réflexes étant d'une constance remarquable à l'état normal, leur abolition présente une importance très grande dans le diagnostic de l'hystérie. Aussi, croyons-nous pouvoir considérer le phénomène plantaire combiné comme un signe spécial à l'hystérie ;

5° L'anesthésie plantaire n'est pas une condition *sine quâ non* à l'existence du phénomène plantaire combiné ; elle existe souvent (57,62 pour 100) en même temps que ce phénomène ; mais

ce dernier peut se montrer sans altération de la sensibilité (20,35 pour 100), de même que l'anesthésie plantaire peut exister sans altération des réflexes (13,56 pour 100) ;

6° Le réflexe plantaire profond est souvent exagéré dans l'hystérie (50 pour 100) ; quelquefois il est normal (24 pour 100), affaibli (16 pour 100), ou même aboli (10 pour 100). Ses modifications ne sont pas parallèles à celles des deux autres réflexes plantaires normaux : si, en effet, son abolition s'accompagne toujours de celle des deux autres, le phénomène plantaire combiné s'est montré assez souvent avec la conservation (33,90 pour 100) ou même avec l'exagération (22,03 pour 100) du réflexe plantaire profond ;

7° Le réflexe abdominal présente des variations inconstantes : le plus souvent normal (42 pour 100), il peut être aboli (24 pour 100), exagéré (20 pour 100) ou affaibli (14 pour 100) ;

8° Le clonus du pied n'est pas très rare dans l'hystérie (10 pour 100) ; celui de la rotule est moins fréquent (5 pour 100) ; celui du poignet n'a jamais existé dans nos cas. Surtout fréquent dans les formes acccompagnées de paralysies et de contractures (11,53 pour 100), le clonus du pied est un peu moins commun dans les anesthésies (9,99 pour 100) et dans les accès (9,52 pour 100) ; tandis que celui de la rotule, encore le plus fréquent dans les paralysies et contractures (21,53 pour 100), est assez rare dans les accès (3,17 pour 100) et nul dans les anesthésies ;

9° Nous n'avons jamais observé le *vrai* réflexe de Babinski, en extension dans nos cas typiques d'hystérie ; au contraire nous avons noté, dans huit cas, soit (8 pour 100), le signe de l'éventail. Nous croyons donc que ce dernier signe n'a pas une valeur clinique aussi importante que celle que l'on doit attribuer au réflexe des orteils en extension.

M. P. BONNIER, *de Paris*.

Schéma bulbaire. — Le bulbe est un lieu de capitalisations nucléaires importantes et complexes, couronnant la pile des métamères de la moelle ; c'est aussi un lieu de passage pour des fibres de toutes provenances et de toutes directions, intrinsèques et extrinsèques. Il est impossible de figurer, en les projetant sur un plan sagittal, noyaux et conducteurs d'une façon

quelque peu explicite et exacte à la fois, car cette projection rapprocherait forcément des centres éloignés transversalement. Je me suis donc borné à établir une sorte de carte du bulbe, où figurent, à peu près en leur place, les principaux centres administratifs de la vie organique, rappelant que la réaction de chacun de ces centres peut être provoquée par des irritations très éloignées, et que mon schéma ne peut servir de canevas que pour la notation des réactions et non pour celle des lésions.

J'ai souvent signalé[1] la facilité malheureuse avec laquelle nous sommes portés, en clinique et en physio-pathologie, à *confondre le phénomène bulbaire avec sa représentation corticale,* l'objet organique avec son image dans le champ de la conscience, notre interrogatoire s'adressant tout d'abord à la subjectivité du malade. C'est ainsi qu'on a souvent identifié, par exemple, le vertige, l'anxiété, la soif, l'oppression, avec la sensation vertigineuse, anxieuse... Or, il y a entre ces deux ordres de phénomènes toute la distance qui sépare le bulbe de l'écorce, l'objet de l'image, l'état physio-pathologique de son reflet cérébral ; et la distinction est d'autant plus importante que l'un des deux peut manquer. Tel état bulbaire pourra n'être pas perçu par le malade et ne se manifester que par des irradiations que le médecin devra interpréter ; de même, l'imagination corticale de cet état pourra se créer sans que celui-ci existe réellement.

D'autre part nous ne considérons vraiment pas assez le symptôme clinique comme la défaillance d'*un état fonctionnel positif.* Nous avons depuis longtemps des termes pour désigner la rupture d'un équilibre physiologique, nous n'en avons guère pour définir cet équilibre même. Les états physiologiques heureux n'ont pas d'histoire, ni de terminologie, bien que leur maintien soit assuré par des offices organiques d'une vigilance et d'une activité incessantes. Nous ne connaissons que l'envers, la variation négative d'une foule de fonctions fondamentales. Nous disons : « J'ai maintenant de l'oppression, mais tout à l'heure je n'avais *rien.* Rien, cela représente une respiration bien réglée et suffisante. Nous n'avons pas de mots qui caractérisent l'état de *non-oppression,* de *non-vertige,* de *non-anxiété,* de *non-soif.* On a écrit des volumes sur l'ataxie avant qu'il y eût

1. — *Vertige* (1893). — Les états physio-pathologiques et leur représentation cérébrale. (*Société de Psychologie,* juin 1901, etc.)

une page sur la *taxie,* et c'est à peine si ce mot éveillerait une idée.

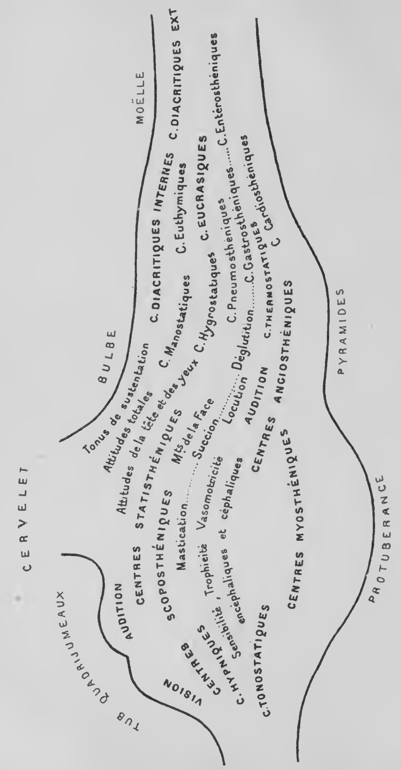
Il est absolument naturel que le trouble attire plus l'attention que l'équilibre monotone de la bonne santé : une bonne machine bien graissée ne fait guère de bruit, et aucun signal d'alarme n'éveille l'intervention consciente de nos centres supérieurs et volontaires. La verbalisation devait donc forcément s'emparer tout d'abord de ces ruptures d'équilibre physiologique, et aujourd'hui encore il semblera que le classement critique de nos grandes aptitudes biologiques n'a qu'un intérêt purement philosophique. Il importe cependant que la physio-pathologie nous permette de faire une meilleure physiologie ; il importe de fixer le langage par des idées et, réciproquement, de nous habituer à donner au symptôme la signification explicite d'une faillite fonctionnelle et à traduire en notation physiologique ce qui appartient encore au vieux langage clinique.

Un équilibre physiologique, dans un appareil donné, peut varier au moins dans deux sens, au-dessous et au-dessus d'un niveau normal, comme dans la rougeur et la pâleur, la tachycardie et la bradycardie, etc. Le migraineux, le goutteux disent : « Je me sens *trop bien,* je vais avoir ma crise. » Chez tel malade, les crises d'oppression alternent avec des paroxysmes d'alacrité respiratoire ; tel autre remplacera des crises de vertige et d'étourdissement par des crises de sûreté et de sécurité d'attitudes, et fera des prouesses d'équilibration ; celui-ci mèlera des crises d'anxiété à des périodes d'euthymie paroxystique ; des crises de soif intense ou d'anorexie absolue accompagneront des ictus bulbaires ; des crises d'insomnie et de vigilisme se succèderont, et ces oscillations parfois considérables ne sont pas rares dans les formes de folie bulbaire que nous apprenons à connaître. Il y a dans chaque appareil de régulation organique des crises qui rompent l'équilibre dans le sens positif ou dans le sens négatif, et de nombreuses déviations que le clinicien doit rechercher, bien que l'on ne se plaigne à lui que des variations pénibles. En réalité, le terme à fixer, le pivot physiologique de ces variations, c'est l'état d'équilibre fonctionnel.

Je me suis attaché, dans ce schéma, à fixer, provisoirement, des notions cliniques et pathologiques en notations physiologiques, et à ranger topographiquement celles-ci.

Les termes plus ou moins nouveaux sont les suivants :

Centres *scoposthéniques,* comprenant la série des noyaux des III, IV et VI[e] paires, dont l'office est l'exercice du *regard,* avec l'accommodation à la lumière, à la distance, l'orientation des globes, les attitudes unioculaires et binoculaires.



Centres *statisthéniques,* avec l'appareil vestibulaire, régissant le tonus de sustentation, les attitudes de la tête, celles du corps

entier, celles de la tête et des yeux dans leurs associations ; ces centres du sens des attitudes céphaliques font partie d'un système physiologique et anatomique qui se complète par l'appareil des centres des attitudes des divers segments du corps, montant de la moelle.

Les centres *hypniques,* régulateurs de l'état de sommeil, et les centres *tonostatiques,* régulateurs de la tonicité générale et des réflexes, sont voisins des centres scoposthéniques.

Les centres *myosthéniques,* amas des noyaux pontiques, sont les centres de l'appropriation motrice, de la synergie musculaire appliquée ; leur pathologie offre des troubles tels que la myasthénie, la myoclônie, l'athétose, la chorée, l'ataxie, le tremblement, les convulsions de l'épilepsie, les contractures, etc.

Les centres *angiosthéniques* et *cardiosthéniques,* les centres *pneumosthéniques, gastrosthéniques, entérosthéniques.*

Les centres de la *vaso-motricité,* de la *thermicité,* de la *trophicité encéphaliques,* proches des mêmes centres de la région céphalique, nous fournissent les divers troubles tels que les aphasies, les amnésies, les absences, les régressions de personnalité qui accompagnent les auras bulbaires, les phénomènes migraineux si divers qui résultent des troubles encéphaliques dus aux perturbations des compteurs bulbaires, et une grande part de la pathologie mentale.

L'équilibre normal de pression intérieure opposée à la pression extérieure et à ses variations, l'équilibre du niveau d'hydratation et de température, sont réglés par les centres *manostatiques,* à connexions labyrinthiques, *thermostatiques* et *hygrostatiques.*

Les centres *eucrasiques* commandent les sécrétions internes qui, véhiculées et brassées par la circulation, règlent la trophicité de nos divers tissus, secondent leur activité fonctionnelle, assurant, par une action de mordant physiologique, l'alimentation et la purgation cellulaires, la casse et le séné servis par le torrent alimentaire. Leur pathologie, leur insuffisance créent les divers états diathésiques et les dyscrasies partielles ou générales.

Les nombreuses sensivités viscérales, organiques, dans l'état de santé, entretiennent un niveau de satisfaction physiologique qui, à l'état normal, n'attire pas l'attention de la conscience,

mais qui, lorsqu'il se perd, éveille les diverses affres localisées et généralisées que nous connaissons bien, affres hémorroïdale, vésicale, intestinale, péritonéale, néphrétique, hépathique, gastrique, cardiaque, pulmonaire, laryngée, anxiété paroxystique; affre généralisée ; affre du traumatisme, de la douleur, de la fatigue, de la nausée, du vertige, avec leurs autres irradiations bulbaires, et dont la susceptibilité engendre les phobies. Ce sont ces centres que j'appelle *euthymiques*.

Les centres *diacritiques internes* commandent les sécrétions muqueuses, séreuses, lymphatiques, etc. ; et les centres *diacritiques externes* président à l'élimination sudorale, urinaire.

L'étude des phénomènes bulbaires s'impose chaque jour davantage aux psychiatres, car, outre qu'ils s'associent fréquemment aux troubles mentaux proprement dits, il semble bien aussi qu'ils en soient souvent la cause première.

M. SICARD, *Médecin des Hôpitaux de Paris* et M. OBERTHUR, *Directeur de l'Établissement hydrothérapique d'Auteuil.*

Malformations crâniennes et Syndrôme bulbaire. Enclavement du bulbe. — Le malade qui fait l'objet de cette communication était un infantile avec malformation crânienne et aplatissement de la base du crâne, chez lequel se sont développés sous des influences multiples (troubles de nutrition, hypothyroïdisation, etc.) des phénomènes d'encéphalite chronique avec augmentation de la tension intracrânienne, entraînant une compression du bulbe et des nerfs bulbaires. De plus, on a trouvé chez lui une syringomyélie occupant une partie de la moelle cervicale et la portion supérieure de la moelle dorsale.

Peu de temps avant son entrée à l'hôpital il avait eu une angine probablement diphtérique à la suite de laquelle, sans doute par polynévrite, les phénomènes du côté des nerfs crâniens s'étaient singulièrement aggravés.

N'étaient quelques vertiges, quelques vomissements et des céphalées, on aurait pu porter le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique avec troubles bulbaires. Le malade ne présentait d'ailleurs aucun trouble trophique ou sensitif faisant penser à la syringomyélie. Le malade mourut subitement quelques jours après son entrée.

Les particularités intéressantes à relever dans ce cas sont les suivantes :

1° La longue période pendant laquelle l'encéphale a pu s'adapter avec la malformation crânienne puis sous une influence toxique ou autotoxique réagir et provoquer par l'ydrocéphalie un véritable *étranglement bulbaire* dans une gouttière basilaire et un trou occipital mal formé ;

2° La polynévrite diphtéritique venant compliquer le tableau morbide ,

3° L'existence d'une syringomyélie absolument indépendante de l'hydrocéphalie dont la pathogénie peut s'expliquer soit par un vice de développement soit par une réaction spéciale de la névroglie dans un névraxe prédisposé ;

4° L'enclavement du bulbe ayant causé la mort subite, ses rapports avec l'engagement du cervelet et son mécanisme un peu spécial.

M. Lucien PICQUÉ, *Chirurgien des Hôpitaux de Paris.*

De quelques considérations sur les Psychoses puerpérales. — Bien des obscurités existent encore dans la question des psychoses puerpérales ; si l'on veut spécialement aboutir à des résultats précis au point de vue de la pathogénie, il faut renoncer à grouper ensemble toutes les variétés de psychoses puerpérales comme les auteurs ont tendance à le faire conformément à la conception de Monneret sur la période puerpérale.

Si donc on envisage à part les psychoses post-partum on est amené à constater qu'il existe, dans ce groupe, la même confusion que dans les psychoses post-opératoires.

Lorsqu'on a distrait les délires tenant à des infections médicales concomitantes et les délires par intoxication, on se trouve en présence de deux variétés de délire post-partum vrai, le délire fébrile et le délire apyrétique qui doit encore faire l'objet d'une étude spéciale.

Massé, jadis, dans une étude classique, n'avait pas reconnu sa véritable nature, car il pensait que le délire lui-même était susceptible de provoquer de la température.

Aujourd'hui sa nature infectieuse est parfaitement établie depuis les travaux de Clarke.

L'anatomie pathologique et la symptômatologie le démontrent surabondamment. Elle répond à une septicémie puerpérale délirante comme les psychoses post-opératoires fébriles répondent à une septicémie chirurgicale à forme délirante. Dans les deux, l'état infectieux grave constitue en réalité la vraie maladie.

Le délire n'est qu'un élément secondaire et surajouté qui ne peut se produire d'ailleurs que grâce à une prédisposition délirante (dégénérescence mentale).

Le point de départ de l'infection est naturellement l'utérus. Depuis longtemps, M. Picqué avait organisé, avec son regretté collègue Febvré, l'examen systématique des organes génitaux de la femme à l'Asile de Ville-Evrard.

A Moscou, à la clinique de Psychiatrie, une sage-femme est chargée de ce soin. Il est regrettable que cette pratique soit si peu généralisée en France.

Dans une thèse récente soutenue en province et basée sur dix cas de psychoses puerpérales avec accidents infectieux, aucun examen utérin n'a été pratiqué.

Et cependant les statistiques prouvent la gravité exceptionnelle de cette forme.

Statistique de Garcia Rijo : 7 morts sur 8.

Statistique Lallier : 19 morts sur 38.

Les statistiques heureuses sont donc basées sur des séries exceptionnelles.

Par l'intervention, M. Picqué a obtenu 4 guérisons sur 4 (voir thèse Privat).

L'utérus n'est pas toujours le siège exclusif de l'infection ; il existe parfois des foyers secondaires : articulation tibiotarsienne (Picqué) ; reins (Evrot) ; oreille (Idanoff) ; méninge (Picqué).

L'étude des psychoses puerpérales fébriles est en résumé intéressante au point de vue thérapeutique et social. Les malades qui en sont atteints ne sont pas des aliénés. Sans vouloir trancher la question de savoir s'il convient d'ouvrir des services spéciaux de délirants dans les hôpitaux ou de créer des services d'observation dans les Asiles, il est incontestable que les mala-

des ne doivent venir à l'Asile que si elles peuvent, comme dans les Asiles de la Seine, trouver des ressources chirurgicales.

L'expérience du pavillon de chirurgie prouve qu'elles peuvent y guérir à la fois de l'infection et du délire qui l'accompagne.

M. Ch. MIRALLIÉ, *Professeur à l'École de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Nantes.*

Délire de possession par les reptiles, délire de grossesse et entéro-colite muco-membraneuse. — Depuis quelques années, la psychiatrie tend de plus en plus à ne plus limiter ses recherches à l'organe seul de la pensée et à le considérer comme isolé et indépendant du reste de l'organisme ; de plus en plus elle étudie les délires dans leurs rapports avec les affections viscérales et s'efforce de pénétrer davantage comment les troubles organiques retentissent sur la mentalité. C'est dans cet esprit que nous publions nos trois observations.

Observation I. — *Délire de possession par les reptiles. Entéro-colite muco-membraneuse.* — Mme X., âgée de 53 ans, vient nous consulter en avril 1900. Veuve depuis de longues années, mère de famille (4 enfants), ayant passé la ménopause depuis cinq à six ans, elle eut des relations avec un amoureux (mai 1899) et dans les premiers jours de décembre 1899 elle perçut dans l'abdomen des sensations qui lui rappelèrent ses grossesses anciennes et se crût enceinte. Elle attendit, en préparant la layette, sa délivrance, sans s'étonner que le ventre ne grossissait pas. Arrivée au terme présumé de la grossesse, l'accouchement ne se faisant pas, elle attendit encore, puis finit par s'inquiéter. Puisqu'elle n'était pas enceinte, que pouvait-elle donc avoir ainsi dans le ventre ? Elle se rappela alors que dans sa jeunesse on lui avait raconté qu'une femme du petit village de Vendée qu'elle habite avait accouché d'un crocodile.

Immédiatement l'idée lui vint qu'elle aussi portait un crocodile dans le ventre et qu'elle était enceinte d'un crocodile qui lui avait été introduit par le coït. Elle sent son crocodile se promener partout dans son corps : il se tient d'ordinaire dans le ventre où il manifeste sa présence par des douleurs, des torsions, des piqûres, mais parfois il remonte à l'estomac, dans le dos, les épaules et la racine des bras, ou descend vers les fesses. Il n'existe pour la malade qu'un seul moyen de l'apaiser et de le faire rester tranquille : c'est de lui donner à manger. Chaque fois que la malade mange, le crocodile dévore les aliments et se calme ; à peine a-t-il fini de manger qu'il recommence à la torturer ; aussi pour obtenir du repos mange-t-elle à chaque instant.

Pour elle, l'existence de ce crocodile ne saurait être mise en doute.

Elle a reconnu dans ses fèces les excréments rendus par le crocodile ! Les matières qui, d'après la malade sont rendues par elle-même, sont constituées par des boules dures, arrondies, très petites (scybales) ; les déjections du crocodile sont constituées par des glaires abondantes, tantôt recouvrant les matières de la malade, tantôt isolées ; parfois aussi il rend de grandes peaux, des morceaux de viande mal digérés que la malade reconnaît avoir ingérés.

Elle ne prononce jamais le mot de crocodile, qu'elle ne nous a dit qu'une seule fois. En en parlant, elle dit toujours « lui ». Prononcer le mot de crocodile la jette dans un véritable état d'anxiété et d'effroi.

Il existe chez cette malade, petite et amaigrie, une entéro-colite muco-membraneuse intense, comme nous l'a montré l'examen de ses matières, avec glaires et fausses membranes extrêmement abondantes ; il existe aussi de l'hyperchlorhydrie. A l'examen, le ventre est plat ; l'S iliaque, le colon transverse sont spasmodiques et donnent la sensation de cordes roulant sous le doigt ; le cœcum est dilaté et mou. Il existe un glouglou intestinal extrêmement prononcé. Le rein droit est ptosé.

La malade présente tous les stigmates de l'hystérie : boule, zones hystérogènes sus et sous mammaires et ovariennes, rétrécissement du champ visuel, hypoesthésie droite.

Nous essayons de faire comprendre à la malade la situation ; en vain ; nous semblons alors entrer dans son délire et lui prescrivons un traitement contre l'entéro-colite, en le déclarant dirigé contre le crocodile.

Un mois après, la malade nous revient très améliorée. Les glaires ont diminué, les fausses membranes presque disparu ; les douleurs sont aussi très atténuées, elles sont plus localisées à l'abdomen, et les irradiations sont moins fréquentes et moins douloureuses. La malade est convaincue que son crocodile est sérieusement blessé, mais il n'est encore pas mort.

Avec une nouvelle poussée aiguë de l'entéro-colite, la malade se désespère « le crocodile la travaille davantage ; quand les aliments ne lui plaisent pas, il se retourne comme un hérisson, elle sent ses piquants qui remontent dans la poitrine (œsophage), vers l'aisselle droite ; parfois il court dans les jambes ».

Un traitement et un régime sévère améliorent momentanément la situation ; mais devant la persistance des symptômes de l'entéro-colite, la malade désespère d'arriver à se débarrasser de son crocodile et depuis 18 mois nous ne l'avons plus revue.

Observation II. — *Délire de grossesse entéro-colite muco-membraneuse.* — Madame A..., 57 ans, ménopause depuis 6 ans, mère de 2 enfants, a déjà eu plusieurs crises de neurasthénie (?) avec scrupules religieux, toujours méticuleuse et préoccupée de tout.

Prolapsus complet de l'utérus, prolapsus de la vessie. Elle se croit enceinte des œuvres d'un confrère qu'elle a consulté au cours d'un

voyage, bien qu'elle affirme spontanément qu'il ne s'est livré sur elle à aucune tentative et qu'elle ne comprend pas comment cela s'est fait. Elle croit que son ventre se développe, que sa ceinture augmente de circonférence ; or, elle porte toujours les mêmes vêtements. Elle sent des battements aux creux épigastrique, des gargouillements dans le ventre, des mouvements actifs du fœtus.

A l'épigastre on sent très nettement les battements du tronc cœliaque et la pression est douloureuse ; le cæcum est dilaté, la corde colique est, nette. Il existe de l'entéro-colite muco-membraneuse légère (scybales, glaires, pseudo membranes rares et petites).

Pas d'antécédents névropathiques personnels ni héréditaires.

Observation III. — *Délire de grossesse-entéro-colite muqueuse.* — Madame B..., 47 ans. Mariée à 39 ans. Pas d'enfants. Toujours bien portante ; aucune affection nerveuse. Un oncle aliéné.

Au moment de la ménopause, il y a 18 mois, se croit enceinte ; elle craint d'avoir étouffé son enfant, puisqu'il n'est pas encore né, elle craint pour ce crime d'être envoyée aux galères. Elle sent dans son ventre quelque chose qui remue, pas constamment, mais par moments. Les matières sont dures, souvent glaireuses, mais jamais on n'a remarqué de pseudo-membranes. Elle aurait rendu des vers intestinaux.

Le cæcum est dur, ainsi que l'angle droit du colon ; la pression en ces points est douloureuse. C'est du reste de ce côté qu'elle sent bouger son enfant.

Notre observation I nous avait beaucoup frappé. L'existence d'une entéro-colite muco-membraneuse grave était indéniable, et manifestement l'intensité du délire suivait parallèlement les recrudescences et les accalmies de la maladie. Chez nos deux autres malades nous voyons l'idée délirante de grossesse associée à l'entéro-colite muco-membraneuse. Intrigué par ces faits nous avons fait quelques recherches dans la littérature. Bechterew[1] dans un très intéressant mémoire sur le délire de possession par les reptiles, admet comme cause de ces délires des sensations anormales localisées à la région de l'estomac et de l'épigastre, sensations qui, avec l'aide de l'imagination, dégénèrent en sensations de serpents, de grenouilles, de têtards et peuvent s'accompagner d'hallucinations auditives correspondantes (sifflement du serpent, coassement de la grenouille, de têtards).

MM. Dupré et L. Lévi[2] ont publié une très importante observation. Le malade présente une association de symptômes que

1. — Bechterew : Centralblatt fur Nervenherlkunde 1900.

2. — Dupré et L. Lévy : Société de Neurologie, séance du 2 juillet 1903. (In *Revue-Neurologique,* 1903, p. 918.)

l'on peut grouper dans l'énumération suivante : débilité mentale dégénérative, hystérie, tabes avec ataxie ; alcoolisme léger ; gastrite chronique avec dilatation et intolérance de l'estomac ; aérophagie ; entéro-colite glaireuse ; délire hypocondriaque à forme de zoopathie interne. Suivant les auteurs, l'ordre de succession des états morbides serait le suivant : atteint de débilité mentale congénitale, le sujet a offert les signes précoces des névroses hystérique et neurasthénique. Les vices du régime alimentaire, un certain degré d'alcoolisme ont engendré ensuite l'affection gastrique. C'est alors qu'apparaît le délire hypocondriaque ; la riche série des sensations neurasthéniques, avec leurs variétés de siège et de caractère, doublés des malaises d'origine gastrique ont alors alimenté les préoccupations hypocondriaques du malade, qui s'expliquait tous ses malaises par les différents déplacements et mouvements de l'animal parasite.

Pendant longtemps les troubles digestifs surtout ont fait les frais de ce délire hypocondriaque, qui plus tard s'est enrichi de symptômes de la série tabétique. — Le siège intestinal, la nature hydroaérique des mouvements anormalement perçus par la sphère sensitive organique hypéresthésiée, apportent à la conscience viscérale des sensations de reptation et d'humidité qui se traduisent dans la sphère psychique en vagues représentations de reptiles en mouvement. Ainsi s'explique le caractère reptilien spécifique de ces délires hypocondriaques de possession à point de départ abdominal.

Pourrat, dans une thèse récente (Paris, 10 mai 1904) insiste sur « le rapport qu'ont les idées délirantes de grossesse avec les troubles de la cénesthésie, c'est-à-dire avec les hallucinations de la sensibilité générale. Pour qu'une malade conçoive l'idée absurde d'une grossesse imaginaire, il faut que sa croyance repose sur des faits manifestement faux, il est vrai, mais réellement existants. Il faut qu'elle éprouve quelque sensation bizarre anormale, dans le bas ventre ». Mais il ne recherche pas quel peut être le point de départ de ces sensations réelles faussement interprétées, quel organe a pu leur donner naissance ; et ses observations sont muettes à cet égard.

Les observations que nous apportons confirment de tous points l'idée que nous avions eue dès le début, que nous avons trouvée si justement exprimée par Bechterew, Dupré, Lévi et

Pourrat, que les délires de possession zoopathiques ont leur point de départ dans des sensations anormales abdominales. Nous ajouterons, en nous basant sur nos deux dernières observations que le délire de grossesse peut dans certains cas reconnaître la même origine.

Bien entendu nous ne voulons pas dire que tout délire de possession par les reptiles ou de grossesse présentera cette association avec un trouble gastro-intestinal, et qu'il faudra chercher la cause de ces délires dans l'entéro-colite muco-membraneuse ou une gastropathie. Le petit nombre de nos observations ne nous permet pas une pareille généralisation. Toute affection abdominale (utérine, annexielle, etc.) pourrait probablement donner naissance aux mêmes idées délirantes. Nous admettons seulement que, dans un certain nombre de cas, les délires de possession et de grossesse prennent leur origine dans une entéro-colite muco-membraneuse ou une gastropathie préexistante.

Si nous nous en rapportons à ce que nous avons observé, c'est plus encore à l'entéro-colite muqueuse qu'à la gastropathie que nous ferions jouer le principal rôle, tout en reconnaissant combien il est difficile de faire le départ de ce qui relève de chacune des deux affections.

Évidemment il faut de toute nécessité, pour que le délire se développe et évolue, un terrain spécial, hystérique (Bechterew) ou héréditairement taré au point de vue nerveux, débilité mentale (Dupré et Lévi). L'entéro-colite muco-membraneuse, les gastropathies sont des affections banales par leur fréquence et, sur les très nombreux cas qu'il nous a été donné d'observer, trois fois seulement nous avons vu apparaître des idées délirantes : deux fois il s'agissait de délire de grossesse, une fois de délire de zoopathie interne.

Donc, sur un terrain prédisposé, l'entéro-colite muco-membraneuse [1], les gastropathies par leurs phénomènes multiples, par leurs retentissements nerveux variés deviennent le point de départ d'idées délirantes qui, suivant des circonstances acces-

1. — Rappelons que pour un certain nombre d'auteurs (Leyden, Varmi, Nothnagel, Lyon) l'entéro-colite muco-membraneuse ne serait qu'une névrose sécrétoire et motrice de l'instestin, dont le point de départ serait dans une irritation du sympathique. Cette origine nerveuse de l'entéro-colite muco-membraneuse expliquerait l'explosion facile d'idées délirantes chez les prédisposés.

soires, se traduiront par le délire de possession par les reptiles ou par le délire de grossesse.

Ces délires ne sont que des interprétations délirantes de phénomènes subjectifs réels dus eux-mêmes à l'entéro-colite muco-membraneuse ou à la gastropathie.

Dans notre observation I il est intéressant de relever le parallélisme complet des symptômes de l'entéro-colite avec les idées délirantes. Quand l'entéro-colite s'apaise, les idées délirantes persistent, mais atténuées, le crocodile existe toujours, mais il est blessé. Dès que l'entéro-colite s'exacerbe, le délire reprend toute son acuité. On peut se demander si un traitement dirigé dès le début contre l'entéro-colite, partant ayant plus de chances de succès, n'aurait pas empêché l'évolution de ce délire, et si la guérison de l'entéro-colite n'aurait pas entraîné à sa suite la guérison du délire.

Nous voulons encore attirer l'attention sur les relations qui peuvent exister entre le délire de grossesse et le délire de possession par les reptiles. Notre première malade s'est crue d'abord enceinte (délire de grossesse); ce n'est que plus tard, voyant que l'accouchement ne se faisait pas, et en se rappelant l'histoire de cette paysanne qui aurait accouché d'un crocodile, qu'elle est entrée dans le délire de possession par les reptiles. Si cette histoire ancienne ne lui était revenue à l'esprit, il est probable ou tout au moins possible que ce délire de possession n'aurait pas évolué. Témoins nos deux autres malades qui n'avaient pas une pareille histoire dans la mémoire. Bien certainement le délire de possession peut évoluer sans délire de grossesse préalable (cas de Bechterew, Dupré et Lévi), mais tous deux peuvent avoir la même origine et parfois se succéder l'un l'autre.

M. Maurice PAGE, *Médecin de l'Établissement hydrothérapique de Bellevue, près Paris (Seine-et-Oise).*

De la douleur épigastrique suraiguë dans la neurasthénie. — Nous possédons — mais nous ne pouvons pas les présenter au Congrès à cause de leur longueur — cinq observations de neurasthéniques chez lesquels le symptôme dominant tenant presque toute la scène clinique est une douleur épigastrique absolument caractéristique.

Nous ne sommes pas les premiers à avoir étudié ce symptôme, mais il nous a paru tellement net chez nos malades, que nous croyons devoir insister sur son étude. La douleur dont nous parlons n'est pas constante ; elle procède par crises revenant à des intervalles très variables (par exemple tous les 8 jours ou tous les 25 jours) et durant une dizaine d'heures ou plus, suivant les moyens employés pour la calmer. En dehors de la crise, le malade ne souffre pas, pas du tout. La crise peut être amenée aussi bien par des causes morales que par des causes physiques : dispute, contrariété ou excès de nourriture, règles, etc.

Voici comment évolue généralement une de ces crises douloureuses :

Le malade se sent d'abord pendant un certain temps (une heure ou quatre et cinq heures), mal en train, agacé, il déclare qu'il va avoir sa crise. Puis la douleur commence, le plus souvent (quatre fois sur cinq), en un point dorsal constant, situé sur la colonne vertébrale au niveau de la 8me dorsale ; c'est comme un déchirement, un tenaillement ; puis un autre point devient douloureux en avant, au creux épigastrique à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde ; enfin, le malade se sent bientôt traversé comme par une épée, par une douleur terrible, atroce, qui lui arrache des cris ; le malade se roule en poussant des cris, son visage est ruisselant de sueur, angoissé, il exprime une souffrance inouïe. Si c'est quelque temps après avoir mangé, le plus souvent il y a un vomissement alimentaire, mais ce n'est pas fatal. Le pouls bat entre 90 et 100 ; aucune température.

Cependant le malade réclame à grands cris du soulagement, on donne de l'eau chloroformée, de l'éther ; tout est restitué. On fait des pulvérisations sur l'estomac, on applique de la glace, des compresses chaudes, rien n'y fait. Le malade souffre toujours de façon inouïe et cela dure pendant une ou plusieurs heures (une de nos malades a souffert ainsi pendant dix-sept heures), jusqu'à ce qu'un des nombreux moyens employés réussisse ou que la douleur cesse d'elle-même.

Aussitôt après, le malade n'est pas aussi fatigué qu'on pourrait le supposer après de telles souffrances ; si c'est la nuit, et c'est le plus souvent la nuit, après quelque temps, le malade

s'endort et le lendemain recommence ses occupations jusqu'à une nouvelle crise.

La première idée qui vient en présence de ce symptôme est naturellement celle de la colique hépatique, mais il n'y a pas d'ictère, pas de gros foie, pas de calcul; puis celle de l'ulcus simplex, mais chez nos malades il y a peu ou pas de troubles gastriques, ils digèrent bien, leurs selles sont le plus souvent régulières, il y a bien quelquefois un vomissement alimentaire ou bilieux, mais ce n'est pas la règle et, en tous cas, il n'y a ni hématémèse, ni mélaena. En dehors de la crise, la région stomacale est souple, indolore. C'est que ni l'estomac ni le foie ne sont malades ; l'intestin peut l'être, mais d'entérite muco-membraneuse, si commune dans la neurasthénie. Le système nerveux par contre est très touché. En effet, en interrogeant ces malades nous apprenons que leur hérédité est chargée ; qu'ils ont une céphalée habituelle, le plus souvent matinale, qu'ils sont las, fatigués rapidement; que leur volonté est défaillante, qu'ils sont bizarres, et de fait les cinq malades dont je parle, ont été étiquetés par des confrères : neurasthéniques.

Pour expliquer la pathogénie de ce symptôme, nous allons faire une courte incursion dans le domaine de l'hypothèse et de la théorie, mais pour en sortir bientôt. Qu'est-ce que la neurasthénie ? Pour nous, c'est une névrose qui atteint la totalité du système nerveux et principalement les nerfs vaso-moteurs ; le système nerveux sympathique. Or, que peut être la douleur paroxystique dont nous parlons ? Nous avons admis, l'anatomie et la physiologie nous y invitent, que c'est une névralgie du plexus solaire. Mais pourquoi la douleur choisit-elle ce lieu d'élection ? Probablement parce que soit le plexus solaire, soit ses branches, sont irrités par une maladie quelconque siégeant dans leur territoire.

C'est pourquoi, systématiquement, nous avons examiné tous les organes innervés par des branches du plexus cœliaque et nous avons vu ceci : sur ces cinq neurasthéniques, un seul n'avait aucune lésion organique dans le territoire de son solaire ; chez les quatre autres, nous avons trouvé les lésions suivantes : métrite avec lésions annexielles, anteversion utérine, rein flottant, dilatation stomacale avec abaissement du foie. Dans une dernière Observation, nous avons examiné tous les

organes, tous les appareils ; rien n'était atteint de façon perceptible à nos moyens d'investigation.

Et alors, tout en appliquant le traitement général à tous les neurasthéniques : isolement, électrothérapie, massage, hydrothérapie, psychothérapie, etc., nous avons fait tous nos efforts pour enlever rapidement l'épine qui blessait, croyons-nous, le système solaire. Et comme en font foi nos Observations, nous avons réussi ainsi à guérir nos malades.

Conclusion. — De cette rapide étude nous croyons pouvoir tirer l'enseignement suivant :

1° On trouve chez des malades présentant tous les signes physiques et mentaux de la neurasthénie, des crises de douleur suraiguë, siégeant en deux points constants : l'un xiphoïdien, l'autre vertébral. Cette douleur est excessive, elle arrache des cris aux malades ; elle est accompagnée ou non de vomissement. Nous croyons pouvoir en faire une névralgie du plexus solaire ;

2° En présence d'un tel syndrôme il importe d'examiner tous les organes innervés par le plexus solaire et en particulier les organes génitaux, car une maladie d'un territoire quelconque du solaire (métrite, rein flottant, anteversion utérine) peut être la cause du syndrôme. En effet, en guérissant ces affections satellites, nous avons supprimé radicalement les crises de douleur épigastrique suraigüe. Il existe cependant les cas où on ne trouve aucune lésion pouvant retentir sur le plexus solaire et où une névrose seule de ce plexus explique le syndròme névralgique ;

3° Contre les crises douloureuses que nous venons de décrire le traitement général de la neurasthénie étant institué et les affections collatérales soignées s'il y a lieu, le seul remède qui nous ait donné des résultats satisfaisants est la faradisation quotidienne, loco dolenti, avec bobine à gros fil et faible intensité, continuée pendant un mois.

DEUXIÈME PARTIE

COMPTES-RENDUS

DES

RÉCEPTIONS, FÊTES ET EXCURSIONS DU CONGRÈS

COMPTES-RENDUS

DES

RÉCEPTIONS, FÊTES ET EXCURSIONS

DU CONGRÈS

Visite du Château de Pau.

La visite du Château Henri IV est classique, obligatoire pour tout étranger débarqué à Pau.

Inscrite au programme de la première journée, elle suivit immédiatement la séance d'ouverture.

M. Pépin, Conservateur du Château, qui fort obligeamment avait interrompu sa villégiature de Biarritz pour en faire les honneurs aux Congressistes, se mit à la tête des visiteurs, citant les souvenirs historiques et renseignant sur le mobilier d'art et les célèbres tapisseries des Flandres, des Gobelins, de Beauvais, etc., réparties dans les diverses salles du Château.

Même les parties réservées, où n'accède pas d'habitude le public, s'ouvrirent devant les Congressistes. Les plus jeunes ou les plus entreprenants qui ne crurent pas devoir reculer devant l'ascension des hautes tours et le soleil fulgurant de midi qui les attendait au sommet, purent en rapporter la vision d'un des plus beaux panoramas qui existent.

Réception par M. Faisans, Maire de Pau, et Mme Faisans.

(SOIRÉE DU 1er AOUT)

M. et Mme Faisans, dont M. le Professeur Brissaud rappelait le matin même les attaches avec la famille médicale, et depuis longtemps en relations affectueuses avec le Président du Congrès, avaient eu à cœur de recevoir personnellement le Congrès et d'imprimer à cette soirée le charme de la plus franche intimité.

Dès 9 h. du soir, Congressistes et nombreux invités palois affluaient sur les terrasses du Palais d'Hiver au haut desquelles M. et Mme Faisans les accueillaient avec une bonne grâce toute particulière.

Pas de discours, pas même des toasts, mais en revanche beaucoup d'animation et de gaieté autour des petites tables servies à souhait de champagne, de rafraîchissements, de pâtisseries, etc.

Un groupe gracieux de jeunes filles dirigées par Mlle Faisans distribuait des fleurs.

La *Lyre Paloise* et la Musique militaire, installées sur les terrasses inférieures, se faisaient entendre tour à tour, pendant qne M. Falisse projetait sur un grand écran, bien en vue, les sites les plus pittoresques des Pyrénées.

Soirée exquise que ne pût gâter une légère averse, malencontreuse en général pour un garden-party et qui, grâce à l'immense visière de verre qui déborde de la toiture du Palais d'Hiver, eut au contraire pour heureux résultat de rafraîchir une atmosphère un peu lourde.

Malgré les fatigues de la journée, la soirée se prolongea assez tard, laissant à tous le meilleur souvenir de l'hospitalité béarnaise.

Banquet par Souscription.

(SOIRÉE DU 2 AOUT)

A huit heures du soir eut lieu le Banquet par souscription. La table, ornée de fleurs, était dressée sous le plafond lumineux de la Salle des Fêtes du Palais d'Hiver.

Les dames y avaient été gracieusement invitées par décision enthousiaste du Congrès.

Le menu, signé Clair, portait :

CRÈME PRINCESSE
CONSOMMÉ LOUIS-LE-GRAND
SAUMON FROID HUSSARDE
POULARDES DU MANS ARGENTEUIL
BARON D'AGNEAU, PETITS POIS FRANÇAISE
FILET DE BŒUF AU CRESSON
SALADE ROMAINE
ESCALOPES DE LANGOUSTES A LA NÉVA
HARICOTS VERTS AU BEURRE
PARFAIT AUX FRAISES
FROMAGE — FRUITS

VINS BLANC ET ROUGE EN CARAFES
GRAVES SUPÉRIEUR — SAINT-ÉMILION — BEAUNE
SAINT-MARCEAUX FRAPPÉ
CAFÉ — LIQUEURS

Au dessert, M. le Président Brissaud se lève et, en un toast plein d'humour et de mots aimables, rappelle les chers souvenirs du si brillant et inimitable Congrès de Bruxelles, salue ceux qui firent son succès, les rapporteurs du Congrès de Pau dont il loue les remarquables travaux, les organisateurs de cette XIVe Session et lève son verre aux dames, à tous les Congressistes et aux autorités du Département et de la Ville qui ont fait au Congrès un si large accueil.

Ce toast et ceux de MM. Régis et l'Inspecteur général Drouineau, qui traduisent la joie unanime d'avoir M. Brissaud à la tête de ce Congrès, sont suivis de bans répétés.

M. Crocq, délégué du Gouvernement belge, prononce à son tour les paroles suivantes :

Messieurs,

Le Gouvernement belge a, comme vous le savez, soutenu, moralement et aussi matériellement, le Congrès de Bruxelles.

Il vous a ainsi prouvé combien il s'intéresse au progrès des sciences et combien il désire voir s'affirmer l'union des écoles française et belge.

Afin de vous montrer qu'il désire vous suivre dans votre évolution, le Gouvernement a nommé, cette année, un délégué officiel. J'ai l'honneur d'être désigné pour remplir cette mission et je crois pouvoir, en cette qualité, vous réitérer l'assurance de l'intérêt tout particulier que la Belgique vous porte et vous exprimer les vœux que formule le Gouvernement pour votre succès.

Je suis un assidu de vos Congrès ; chaque année, je me retrempe au sein de la grande famille neuro-psychiatrique française ; chaque année, l'admiration que j'éprouve pour vos travaux grandit ; chaque année aussi, j'ai le grand plaisir de sentir se resserrer les liens d'amitié qui m'unissent à vous.

Désireux de voir partager par mes compatriotes les satisfactions scientifiques et cordiales que me procure la fréquentation de vos sessions, je vous ai proposé Bruxelles comme lieu de réunion et vous avez bien voulu me faire l'honneur de me confier l'organisation de l'Assemblée de 1903. Je suis parvenu à attirer la participation de 150 de mes compatriotes ; j'espérais que, fascinés comme moi par la luminosité de la science française qui, ainsi que les rayons X, N ou N′, traverse des écrans des plus opaques, un grand nombre d'entre eux s'empresseraieut de saisir l'occasion, que vous leur fournissiez si généreusement, de s'introduire parmi vous, d'acquérir, chez vous, droit de cité.

J'ai le regret de constater que deux belges seulement sont ici et que ces deux belges sont d'anciens collaborateurs, depuis longtemps naturalisés Congressistes.

Malgré cette circonstance, que je déplore amèrement, la session de Bruxelles ne peut manquer de porter ses fruits ; l'impression que vous avez laissée en Belgique est trop intense pour pouvoir s'effacer ; la graine que vous y avez semée est trop vivante pour ne pas germer. Cette germination n'est pas terminée, elle s'accentuera de jour en jour; des recherches trouveront leur origine dans vos travaux et j'ai le ferme espoir que, dans l'avenir, lorsque les circonstances seront plus favorables, mes compatriotes ne manqueront pas de participer en grand nombre à vos sessions.

Permettez-moi, Messieurs, de vous remercier, en mon nom personnel, de l'accueil si affable que je rencontre toujours parmi vous et des connaissances si précieuses que j'acquiers chaque année, par la fréquentation de vos Congrès.

Je vous ai parlé en ma qualité de délégué du Gouvernement et en mon nom personnel ; souffrez que je dise encore quelques mots comme Secrétaire général de la session antérieure.

Cette session a, vous le savez, été couronnée d'un succès complet. Ce résultat était facile à obtenir avec l'appui si puissant de M. le Ministre des Travaux publics, avec un Président aussi autorisé et aussi estimé que l'était M. Francotte, avec la collaboration si précieuse de mes compatriotes et surtout avec votre concours, à vous tous, qui n'avez pas hésité à accourir des points les plus éloignés de la France pour assurer la réussite de cette première tentative d'expatriation.

Combien plus difficile a été la tâche de mon successeur, M. le Dr Girma, qui a bien pu bénéficier d'avantages égaux en ce qui concerne notre éminent président, M. le Professeur Brissaud, qui pouvait, lui aussi, compter sur notre collaboration mais qui devait soustraire de son budget le subside très élevé que nous avait alloué le Gouvernement.

Malgré cette circonstance défavorable, la session de Pau ne le cède en rien à celle de Bruxelles, l'organisation en est parfaite, le succès est dès aujourd'hui assuré.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser tous nos remerciements à notre distingué collègue et de lever notre verre à notre Secrétaire général. *(Applaudissements répétés.)*

La soirée se termine dans les salons du Restaurant Clair contigus à la salle des banquets.

Visite de l'Asile Saint-Luc.

(MERCREDI 3 AOUT)

A 9 heures du matin, près de 150 Congressistes ou invités visitent l'Asile des aliénés de Pau, connu sous le vocable de St-Luc, guidés par le Dr Girma qui, chemin faisant, les renseigne sur son histoire et les quelques particularités de son organisation.

L'originalité de cet Établissement est de s'être développé avec ses seuls bénéfices ou à peu près jusqu'à devenir un des grands et beaux Asiles de France.

Les causes et les diverses étapes de cette évolution, qui ont paru intéresser le Congrès, sont relatées dans la notice suivante :

ORIGINES DE L'ASILE DE PAU

Historique d'un Asile départemental développé presque exclusivement avec ses seules ressources.

Les aliénés du Béarn dans les prisons du Château.

Jusque vers la fin du XVIIIe siècle les aliénés du Béarn étaient renfermés dans la prison du Château de Pau.

Le 9 mai 1771 la Ville acheta au sieur Berdoulet, pour la somme de *20.000 fr.*, un immeuble sur l'emplacement du Musée actuel, pour y séquestrer les fous et d'autres catégories de malades indignes de l'Hôpital.

Au dire de deux Ingénieurs, qui furent alors consultés, 154 lits pouvaient y trouver place et 564 personnes y être renfermées.

A peu de frais, comme on le voit, on pouvait, à cette époque, loger beaucoup de pauvre monde !

Amorce du premier Asile de Pau en 1777.

Le 25 août 1777, fut donnée l'adjudication de trois loges de fous qui furent installées dans les bâtiments de derrière, séparés par une cour des bâtiments principaux donnant sur la rue Porte-Neuve. Ces cabanons semblaient plutôt destinés à renfermer des animaux malfaisants que des créatures humaines [1].

Maison de Force.

Dans cet amas de misérables constructions, connu sous le nom de *Maison de Force*, vécurent longtemps pêle-mêle les malades évacués de la prison, les filles atteintes de maladies contagieuses, et les aliénés secourus plus tard par le Département [2].

Promiscuité des aliénés, des filles publiques et des malades des prisons.

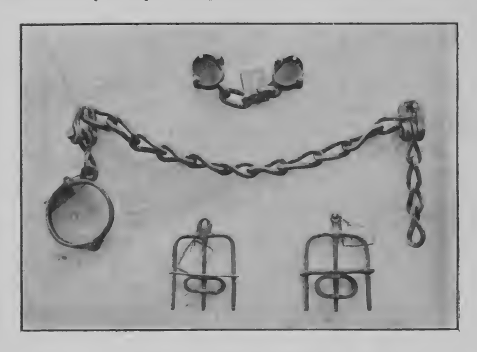
Parmi les femmes syphilitiques longtemps enfermées dans les sous-combles du bâtiment donnant sur la rue Porte-Neuve, quelques-unes présentaient souvent le spectacle le plus hideux quand, aux trois quarts nues, ou couvertes de dégoûtants haillons, elles s'étalaient aux croisées provoquant et insultant les passants par les gestes et les propos les plus indécents [3].

1. — Extrait de l'*Indicateur de Pau* du 7 Juillet 1866.
2. — *Origine de l'Asile de Pau*, par le D[r] AUZOUY, et *Annales Médico-Psychologiques*, Juillet 1869.
3. — Extrait de l'*Indicateur de Pau* du 7 Juillet 1866.

Les aliénés plongés dans ce pandémonium y étaient-ils mieux traités qu'à la prison du Château ?

Chaînes et Carcans des Aliénés.

Il n'y paraît guère puisque jusqu'en 1834, c'est-à-dire pendant quarante ans encore après la réforme de Pinel, on les surchargea de lourdes chaînes, de carcans et de menottes dont les Congressistes de 1904 ont pu voir à l'Asile les monstrueux spécimens exposés pour ce jour-là seulement.



Chaîne et autres Instruments de Contention des aliénés, usités à l'ancien Asile de Pau jusqu'en 1834.

La chaîne en fer, munie de son carcan, mesure 1m,40 et pèse 4 k. 600.
Les menottes pèsent 1 k. 200.
Les entraves figurées sous la chaîne se serrent au moyen d'un écrou à ailettes.

Encore peut-il être intéressant de noter que le fait de les avoir évacués des prisons ordinaires, de les avoir réunis à d'autres malades, avant la Révolution de 1789, impliquait une connaissance plus exacte de la nature de la folie.

L'aliéné justiciable du Médecin.

L'officier de santé préposé dès lors à ce service se substituait peu à peu aux philosophes moraux pour la connaissance des cas de folie[1] ; la voie dans laquelle la psychiatrie et la médecine légale des aliénés devaient réaliser tant de bienfaits, était ouverte à Pau. La Révolution fit mieux. Elle réserva un espace pour l'emprisonnement des fous.

1. — Arrêts du Parlement de Navarre du 22 août 1749 et du 8 mai 1760, chargeant les philosophes moraux de l'examen des aliénés.

Suppression des chaînes en 1834.

Il fallut attendre cependant 1834 pour faire tomber les chaînes et démolir ces vieilles bicoques. C'est le Dr Cazenave qui prit l'initiative d'une réforme si lente à venir dans ce pays. Peu à peu, de 1834 à 1854, sur les ruines de cette Maison de Force, Cazenave et son continuateur le Dr Chambert, élevèrent un véritable Asile constitué par deux immenses bâtiments longitudinaux et parallèles, divisés chacun en six segments formant autant de quartiers et possédant autant de cours[1].

Édification d'un premier Asile.

Trois départements : les Hautes-Pyrénées, les Landes et les Basses-Pyrénées y colloquèrent leurs aliénés.

Il ne devait pas garder longtemps cette destination. L'espace en était trop mesuré ; des rues en construction l'enserraient et l'empêchaient de s'étendre. Pas d'autres perspectives que celles des étages voisins dont la vue surexcitait les malades, aucun moyen d'occuper les aliénés à leurs travaux antérieurs, puisqu'ils n'avaient à leur disposition d'autre champ de culture que des préaux restreints.

Création d'une annexe agricole.

Frappé de ces inconvénients, le Dr Auzouy, médecin-directeur de l'Asile de Pau, obtint en 1860 la création d'une annexe agricole sur le territoire actuel de St-Luc, à 2.500 mètres du centre de la Ville, où 23 hectares de terrain furent d'abord loués puis achetés pour le prix de 110.000 francs. 25 aliénés travailleurs en furent les premiers colons.



Une avenue de 300 mètres dans l'intérieur de l'Asile St-Luc.

Peu de temps après, cet aliéniste conçut le projet d'y fonder un nouvel Asile. Pour entreprendre les constructions dont il

1. — Dr Berthier, médecin en chef des aliénés de Bicêtre : *Excursions scientifiques dans les Asiles d'aliénés de France.* Paris, 1865.

devait se composer, il indiquait comme ressources le prix de la vente de l'Asile de Pau, qui atteignit 300.000 francs, un emprunt de 450.000 francs gagé par le Département qui serait amorti par les bonis de l'Asile, et les économies déjà réalisées montant à 55.000 francs.

Abandon de l'ancien Asile.

La première pierre de l'Asile St-Luc fut posée le 1er juillet 1865 et dès le 15 juin 1868, tous les services y étaient installés et l'ancien Asile était évacué.

Création de l'Asile St-Luc.

Heureuse spéculation, dont on peut mesurer la portée aujourd'hui que l'on sait que ce département qui, n'ayant doté cette œuvre que des 300.000 francs provenant de la vente de l'ancien Asile, se trouve propriétaire aux portes de la ville d'un terrain de 54 hectares, d'un immeuble dont la valeur justifiée par le total des emprunts successifs dépasse deux millions, sans compter le mobilier évalué à plus de 500.000 francs, où il peut hospitaliser en tout confort ses indigents à un prix de journée qui a baissé progressivement, jusqu'à descendre au-dessous de 0 fr. 75.

Il n'est que juste d'en reporter le principal mérite à Auzouy qui eut l'intuition de cette formule et sut la faire aboutir.

Le nombre des aliénés était de 100 en 1840 et de 435 en 1868 quand s'ouvrit l'Asile St-Luc. Aujourd'hui il dépasse 900.

État primitif du nouvel Asile St-Luc.

A l'origine, St-Luc comprenait, en dehors des services généraux, quatre quartiers de traitement dans l'une et l'autre section des hommes et des femmes, répondant à des quartiers de tranquilles travailleurs, semi-tranquilles, agités et semi-agités, infirmes et gâteux. Les épileptiques étaient disséminés parmi les autres malades. Un seul pavillon contenait les pensionnaires de toutes les classes et de tous les types morbides.

Entrée principale des Services administratifs.

Agrandissements successifs.

Quartiers spéciaux pour les indigents épileptiques et les agités.

En 1872, M. Auzouy dota l'Établissement de deux nouveaux quartiers chez les hommes comme chez les femmes, l'un pour les agités et l'autre pour les épileptiques, réunis par un quartier cellulaire.

Quartiers spéciaux pour les pensionnaires malpropres, épileptiques et agités.

En 1880, le Dr Lafitte qui, en 1878, avait succédé au Dr Auzouy, fit adopter et put réaliser au pensionnat la création de deux pavillons supplémentaires à trois ailes pour le classement des agités, des malpropres et des épileptiques avec chambres d'isolement pour les plus agités et chambres plus confortables pour les pensionnaires de 1re classe rentrant dans les autres catégories de ce quartier spécial.

Villas hors classe.

La renommée grandissante de l'Asile et du climat de Pau y attirant une clientèle croissante, M. Lafitte n'hésita pas à proposer la création de villas somptueuses pour de riches payants. Son projet, considéré comme téméraire, se heurta à bien des difficultés. Il réussit cependant à le faire aboutir en 1882 et nul ne le regrette aujourd'hui que les dix appartements que contient chacune d'elles sont constamment occupés et insuffisants pour satisfaire à toutes les demandes d'admission.

Création d'un abattoir pour la boucherie.

Ce fut encore ce clairvoyant administrateur qui, n'ayant que trop souvent à constater la mauvaise qualité des viandes fournies par voie d'adjudication, renonça résolument à ce mode d'approvisionnement, institua un abattoir dans l'Asile et la pratique des achats du bétail sur pied, qui depuis lors a assuré aux malades des viandes de premier choix à des prix plus bas que ceux qu'une coalition de bouchers avait fini par imposer pour des livraisons trop souvent défectueuses.

Telles innovations que cette dernière qui, à première vue, peuvent paraître de peu d'importance, méritent cependant de retenir l'attention des administrateurs des grands Établissements hospitaliers où elles sont réalisables, car elles dévoilent une des causes de la fortune de St-Luc.

A cet élan vers le mieux les successeurs d'Auzouy et de Lafitte pouvaient d'autant moins se soustraire que les bonis de l'Asile, augmentant sans cesse, n'étaient pas entièrement absorbés par les dépenses de construction, et que l'accroissement numérique des malades allait encore plus vite que la progression des logements.

M. le Dr Reverchon qui, en 1888, succéda à Lafitte après une courte direction du Dr Pons, eut vite senti la nécessité de réagir contre l'encombrement. En désencombrant l'Asile, il le dota de nouveaux organes de traitement.

En 1890-1891, les travailleurs agricoles virent bâtir pour eux une nouvelle demeure au milieu des champs, où depuis lors ils vivent en dehors des murs dans une quasi liberté. **Pavillon des travailleurs agricoles.**

Pour les hommes encore on fit un pavillon d'infirmerie complètement détaché des quartiers dans une prairie avoisinante. **Pavillon d'infirmerie pour les aliénés indigents.**

Pour les femmes une vaste buanderie au milieu des jardins, adossée à la machinerie à vapeur, à laquelle vinrent s'ajouter une minoterie et une boulangerie qui furent, de la part de M. Reverchon, une de ces inspirations heureuses, rappelant celle de M. Lafitte, préconisant un abattoir pour échapper aux serres des adjudicataires. **Buanderie et logement des buandières.** **Meunerie et boulangerie.**

Une porcherie modèle et un grand dépotoir-étanche porté à l'extrémité Est de la propriété — que sa retraite prématurée en 1892 ne lui permit pas de voir terminer — entraient également dans le programme qu'il avait conçu et qui en tous points lui fait le plus grand honneur. Cet administrateur accentua le système des bâtiments dispersés qui malheureusement n'a pas toujours été suivi depuis. **Porcherie modèle.**

* * *

Si les diverses étapes d'un Asile s'inscrivent d'habitude sous les noms de ses Directeurs, il serait excessif d'en conclure, ici principalement, qu'ils furent les seuls artisans de son essor et de ses progrès. Incontestablement c'est bien d'eux qu'on attend et que partent presque toujours les initiatives et les premières études. Pour réaliser leurs plans faut-il encore que, suivant l'expression du Dr Auzouy, « il se puisse rencontrer des architectes dont le talent ne croit pas déchoir en puisant ses inspirations dans la pensée médicale » et, doit-on ajouter, des influences éclairées susceptibles d'en faire comprendre la nécessité auprès des Pouvoirs publics. **Harmonie administrative.**

L'Administration de l'Asile eut toujours et, de plus en plus, cette bonne fortune de faire corps avec une Commission de surveillance remarquablement composée d'hommes compétents qui, en toutes circonstances, employèrent avec opiniâtreté tout le crédit dont ils disposaient pour améliorer l'œuvre dont ils avaient la garde et le plus grand souci.

L'heure vint, en effet, où le Conseil Général, lassé des agran-

dissements successifs dont il ne pouvait plus prévoir le terme, crut devoir mettre le holà à tout nouveau projet.

Encombrement de l'Asile St-Luc.

C'était en 1892. Pour obtenir des votes favorables, peut-être avait-on eu le tort de laisser entendre à cette Assemblée qu'après chaque programme qu'on lui soumettait, l'ère des achèvements était close, comme si le nombre des cas de folie constatés à une époque déterminée ne pouvait plus être dépassé. Il progressait au contraire avec une telle rapidité que malgré toutes les places qu'on venait de créer, les dortoirs étaient à ce point gorgés de lits qu'ils se touchaient tous, et que pour arriver aux derniers, il fallait en enjamber toute la série.

La mortalité devenait inquiétante.

Nécessités de nouveaux agrandissements.

Devant cette nouvelle démonstration de la nécessité de poursuivre les travaux d'agrandissement, le Conseil Général se laissa fléchir et autorisa l'Asile à utiliser ses bonis pour de nouveaux perfectionnements.

Habitation des ménagères.

Salle de représentations théâtrales.

L'ancienne buanderie qui, primitivement, avait été si mal placée à l'entrée même des quartiers de traitement est transformée en logement de ménagères. Vingt lits trouvent place au 1er étage et le rez-de-chaussée devient une élégante salle de théâtre pouvant contenir 200 personnes où les malades, encadrés par les infirmiers ou les infirmières, donnent des représentations dramatiques ou musicales fort goûtées (1895).

Agrandissement des quartiers centraux.

Les quartiers centraux élargis (système que seules l'urgence et des raisons impérieuses d'économie pouvaient justifier) procurent 80 places à 20 mètres cubes par lit (1899).

Achèvement du quartier des agriculteurs.

Une aile comprenant un vaste réfectoire et un dortoir de 20 lits (20 mètres cubes par lit) vient terminer le bâtiment des travailleurs agricoles (1899).

Nouveaux pavillons pour les sœurs et une partie du personnel administratif

Église.

Pour la communauté des religieuses-surveillantes et le personnel de l'Administration, insuffisamment logé jusque-là, deux grands pavillons (1899) achèvent d'encadrer le square au centre duquel se dresse la chapelle de l'Établissement, don antérieur d'une bienfaitrice, Mlle Adoue.

Ateliers.

Des ateliers, très complets et confortables, viennent s'adosser au préau des aliénés tranquilles qui, n'ayant qu'un porche à franchir, passent sans désordre et sans perte de temps de leurs salles de réunion à leur chantier de travail (1899).

Infirmerie des indigentes

Une vaste infirmerie pour les femmes, bien détachée en pleins champs, sur un point symétrique à celui qu'occupe l'infirmerie des hommes, est terminée en cette même année 1899. L'air et la lumière y sont distribués à profusion. Chaque malade a près de 50 mètres cubes d'air par lit. Tout est peint au ripolin, et lui donne plutôt les allures d'un irréprochable sanatorium que des habituelles infirmeries d'Asile d'aliénés. Elle a particulièrement frappé l'attention des Congressistes.

170 lits ont pu, grâce à ces nouvelles constructions, être retirés des anciens dortoirs qui retrouvaient plus d'aisance et surtout enfin un air respirable. Du coup, la mortalité baissait rapidement de 50 °/₀ environ pour ne plus représenter en ces derniers exercices qu'un pourcentage de 5 °/₀ sur l'ensemble de la population.



Un coin de Chalet
et jardin pour un seul pensionnaire.

Chalet spécial pour un seul pensionnaire.

Un chalet spécial pour un seul pensionnaire était édifié dans le voisinage des villas érigées sous M. Lafitte pour les grands payants.

Création d'avenues.

Pour réunir ces bâtiments épars, de larges avenues, où les arbres ont eu vite fait de pousser, en ce pays de végétation luxuriante, ont été ouvertes dans toutes les directions.

Agrandissement et transformations des préaux.

Tous les préaux des indigents ont été successivement agrandis et transformés en parcs ombreux.

L'histoire de l'Asile St-Luc présente cette particularité suggestive que plus il s'est agrandi, sans jamais engager les fonds départementaux, puisque ses bonis ont toujours assuré l'amortissement des emprunts nécessaires à l'exécution de ces agrandissements, plus le département des Basses-Pyrénées a pu réduire le prix de journée voté pour l'entretien des aliénés à sa charge [1].

Ainsi en advint-il après l'étape terminée en 1900, que je viens

1. — Ces résultats parurent si extraordinaires au Vice-Consul Anglais résidant à Pau, M. Whiteway, qu'il vint à plusieurs reprises se documenter minutieusement sur le fonctionnement de l'Asile, ses origines, son évolution, le confort matériel des malades, etc...., et fit de ses observations le sujet d'un

de retracer. Le prix de journée qui était de 0 fr. 85 ne fut plus observé par le Département qui, sous forme forfaitaire variable à chaque exercice, l'a fait descendre en réalité au-dessous de 0,75.

Encore était-il, par ce fait, encouragé à favoriser une fois de plus l'essor d'un Établissement qui lui donnait si peu de mécomptes, et il fit bon accueil à une nouvelle série de projets qui s'exécutent aujourd'hui, dont le devis atteint 400.000 fr. trouvés dans un nouvel emprunt gagé comme les précédents sur les ressources de St-Luc.

En voici l'énumération :

Série des agrandissements en cours d'exécution.

Pensionnat. — Construction d'une infirmerie spéciale pour le pensionnat des hommes et d'une autre semblable pour celui des femmes, évaluées ensemble	105.300f »
Construction d'un chalet particulier pour pensionnaire.	34.200 »
Acquisition de terrain et travaux de voirie pour le déplacement d'un chemin public situé au sud du pensionnat, pour permettre l'extension de ce dernier	25.000 »
Clôture et grille d'entrée sur ce chemin avec pavillon de concierge et salons-parloirs pour les familles des pensionnaires	40.800 »
Ferme. — Construction de divers bâtiments à l'usage de vacherie, bouverie, jumenterie, étable pour animaux isolés et de boucherie, hangars divers pour matériel et denrées, laiterie, lapineries, volières, une deuxième porcherie, avec installations accessoires	126.650 »
Dépôt mortuaire, avec salon d'exposition, salles d'autopsie, de préparations et conservations nécropsiques, en remplacement du dépôt mortuaire actuel, insuffisant et défectueux	13.550 »
Installation du chauffage par la vapeur pour les cuisines et salles de bains, et parachèvement des travaux d'alimentation hydraulique et des égouts	55.000 »
Total	400.500f »

*
* *

Même après ces multiples transformations il ne faudrait pas regarder de trop près pour ne pas constater des lacunes et de nombreux desideratas. Mieux vaut réserver l'avenir et ne jamais fermer délibérément la porte au progrès.

mémoire publié, en Juillet 1900, par le *Journal of Mental Science,* sous le titre : « L'ASILE DE PAU — Un Asile public se suffisant par lui-même. »

Paru plus tard en brochure, cet article fut traduit en allemand par le Dr Baesler, en Silésie.

Reproduction d'une maquette en bois représentant une Vue d'ensemble de l'Asile des aliénés de Pau.

Sur cette maquette, la plus grande partie des arbres a été supprimée afin de laisser voir les constructions.

Dans cette partie supérieure droite de la figure occupée par les divers quartiers de traitement, nous rencontrons au premier plan, au centre, les services administratifs flanqués des quartiers d'indigents, à droite ceux des hommes, à gauche ceux des femmes.

Les trois derniers plans en arrière sont occupés par les pavillons du Pensionnat.

Les infirmeries de ce pensionnat en occupent à droite et à gauche les points extrêmes.

Dans le parallélogramme qui se détache sur cette extrémité gauche de la figure, on voit les divers bâtiments de l'Exploitation agricole et le Pavillon des travailleurs de la ferme.

Au-dessous, et au premier plan, se trouvent les services industriels comprenant : la buanderie avec ses annexes et l'habitation des lavandières, la machinerie, le château-d'eau, la minoterie, la boulangerie.

Au second plan et détachées à droite et à gauche, les deux grandes infirmeries d'indigents.

Déjà des préoccupations très vives se font jour sur le manque d'infirmeries de contagieux, de quartiers d'enfants, etc. La liste des améliorations peut-elle être jamais close ?

*
* *

Composition actuelle de St-Luc.

A ce jour, les améliorations et agrandissements en voie d'exécution compris, St-Luc se compose d'un Asile d'indigents et d'un Pensionnat formant deux établissements presque distincts.

La superficie totale est de 54 hectares dont 11 servant d'assiette aux habitations et 43 réservés à l'exploitation agricole.

Les dispositions sont les suivantes :

Quartiers des indigents et services généraux.

Encadrant une cour mauresque, les services généraux comprennent les villas et pavillons réservés au personnel médical et administratif, les bureaux, la cuisine, la dépense, la lingerie, la pharmacie.

Encadrant le square de la chapelle, la communauté des sœurs, les magasins, les annexes des cuisines, les logements du personnel médical et administratif de second rang ; au centre du square, la chapelle.

A droite et à gauche de ce groupe de bâtiments, de longues galeries couvertes donnent accès à tous les quartiers de traitement des aliénés indigents au nombre de six dans la division des hommes et de sept dans celle des femmes.

Soit dans la division des hommes :

Un quartier de malades d'ateliers ;
— de malades maraîchers ;
— de semi-tranquilles et en observation ;
— de malpropres alités ;
— d'épileptiques ;
— d'agités.

Et dans la division des femmes :

Un quartier de ménagères, et la salle de théâtre ;
— de couturières ;
— de tricoteuses et éplucheuses ;
— de malpropres alitées ;
— de semi-tranquilles et en observation ;
— d'épileptiques ;
— d'agitées.

Au Nord de cette ligne de constructions de 360 mètres de longueur, une deuxième ligne parallèle encore plus longue mais où

les pavillons sont plus clairsemés, séparée de la première par la profondeur des préaux et une large avenue de près de 500 mètres de longueur.

On y voit s'échelonner sur de grands espaces pour les hommes :

A l'extrémité Ouest un pavillon d'infirmerie pour 50 malades.

A l'extrémité Est une vaste habitation pour 60 travailleurs agricoles et tous les organes d'une grandiose ferme modèle délimitant sur ses quatre côtés une cour normande dont la superficie dépasse deux hectares.

Dans un bosquet voisin, le nouvel amphithéâtre, masqué par des massifs d'arbustes et de fleurs, à plus de 100 mètres de toute habitation.

Pour les femmes :

Une infirmerie, genre sanatorium moderne, entre cour et parc réservés.

Plus loin, les diverses installations de la buanderie et du repassage et les logements contigus des malades employées à ces besognes. Tout à fait au nord, perdu au milieu des jardins potagers, l'abattoir.

Pensionnat.

La nomenclature des villas du pensionnat est moins longue. Cinq unités de chaque côté, soit, pour les hommes comme pour les femmes :

Un pavillon de tranquilles ;
— d'agités, épileptiques et malpropres ;
— d'infirmerie pour toutes classes ;
— pour les grands payants ;
Un chalet particulier pour un seul pensionnaire.

L'ensemble de ces villas est en façade au midi, au-devant de l'Asile, limité sur une longueur de 500 mètres par une élégante grille bordant un chemin public, avec au-delà de grands espaces libres qui sont encore la propriété de l'établissement. Comme paysage de fond les hautes cimes des Pyrénées.

« C'est un émerveillement général [1], écrit à la suite de cette » visite, un chroniqueur du Congrès. Dans un cadre de féerie » ayant pour rideau de fond la superbe chaîne des Pyrénées » avec ses deux pics : le pic du Midi de Bigorre et le pic du

1. — *L'Indépendant des Basses-Pyrénées* (5 août 1904).

» Midi d'Ossau, les montagnes bleues profilent leurs lignes
» heurtées sur un ciel plus bleu encore, sur le beau ciel de Pau.
» Au premier plan un écroulement de verdure sur les coteaux,
» glissant en avalanches de frondaisons touffues et puissantes,
» puis des pelouses, des massifs d'arbres d'essences diverses,
» des parterres de fleurs, des rideaux verts de volubilis grim-
» pant sur les terrasses de St-Luc, nid parfumé des senteurs
» des roses, des magnolias et des verveines, etc... ».

Le total de tous ces bâtiments s'élève à quarante-quatre.

Les logements réservés aux travailleurs offrent cette particularité des plus avantageuses d'être installés au centre même de leurs occupations. Grandes ménagères (occupées aux cuisines, à la pharmacie ou à la lingerie), ouvrières buandières et repasseuses, ouvriers techniques, agriculteurs, peuvent dès lors passer de leur habitation à leur travail sans rencontrer les aliénés des autres quartiers, sans désordre et sans perte de temps.

Installations balnéaires.

Une autre particularité qui a bien ses inconvénients au point de vue de la dissémination de la surveillance et de la consommation en combustible, mais aussi de grands avantages au point de vue du calme et de la sélection des baigneurs, consiste dans la multiplicité des salles de bains et d'hydrothérapie. Chaque catégorie de pensionnaires a la sienne, contiguë à son pavillon. Il en est de même pour les infirmeries, pour les chalets particuliers, les épileptiques, les agités et les tranquilles indigents.

Gaz et électricité.

L'éclairage est assuré partout moyennant une double distribution de gaz et d'électricité, l'un suppléant l'autre en cas d'interruption.

Eau potable.

L'eau puisée dans la nappe souterraine est parfaite. Des machines à vapeur l'élèvent dans un château-d'eau, et des réservoirs à air comprimé vont permettre d'inonder les toitures en cas d'incendie.

Égouts.

Un réseau d'égouts étendu à toutes les parties de l'Asile entraîne toutes les eaux usées en conduite fermée jusqu'à un collecteur central qui se vide dans le grand égout de Pau.

Chauffage à la vapeur.

La préparation des aliments et des bains va se faire, dès cette année, à la vapeur au moyen de générateurs installés dans la machinerie de l'Asile.

Peinture des murs.

Toutes les salles de jour et de nuit sont ou vont être peintes au ripolin.

* * *

Gestion économique.

Prix de revient de la journée d'un indigent.

Le prix de revient d'un aliéné indigent à l'Asile St-Luc, calculé aussi exactement que possible après un très long et minutieux travail réclamé par le Conseil Général, a été pour 1903, et est approximativement depuis quelques exercices de :

1 fr. 28 par jour en argent,
et 1 fr. 30 en y ajoutant la valeur des produits récoltés et consommés.

Prix de journée payé par le département des Basses-Pyrenées.

Or le prix de journée payé à l'Asile par le département des Basses-Pyrénées pour la moyenne des 450 malades à son compte gravite autour de 0 fr. 75, soit la moitié environ des dépenses occasionnées par les indigents.

On voit dès lors l'énorme bénéfice que le Département retire de l'exploitation directe de son Asile d'aliénés qui, par surcroît, a suffi à ses développements successifs sans subvention d'aucune sorte.

Ce haut prix de revient dans lequel n'entrent que les frais d'administration et d'entretien individuel, établi en dehors de tous frais de constructions ou d'amortissement d'emprunts, révèle, sans qu'il soit nécessaire de recourir à plus de détails, le degré de confort dans l'assistance d'indigents d'une région où les habitudes de sobriété rendent peu exigeants en matière d'alimentation, et où les matières consommées sont relativement à bon marché.

Comment parvient-on à équilibrer le budget, malgré cet écart entre le prix de revient et le prix de journée des indigents ?

Par le rendement considérable du domaine agricole.

Par l'intensité du travail organisé dans toutes branches professionnelles utilisables.

Par les bénéfices d'un pensionnat prospère.

Par une surveillance toujours en éveil de l'emploi des matières.

Et aussi, peut-on ajouter, par un esprit de défense traditionnel de la part de l'Administration contre les prétentions des fournisseurs.

Ces deux dernières considérations peuvent paraître un peu banales. Elles ne font que reproduire le principe fondamental de toute économie. Encore l'application plus ou moins rigoureuse explique-t-elle souvent la variété de fortune des collectivités comme des individus.

Des chiffres précis établissent les ressources qui viennent contrebalancer l'insuffisance du prix de journée des indigents.

En prenant comme types les résultats du dernier exercice liquidé, sensiblement égaux aux résultats moyens des cinq dernières années, on arrive aux constatations suivantes :

Le montant brut des produits récoltés a été évalué pour cette année, en chiffres ronds, à........................ 54.000 fr.

Et le bénéfice net à.......................... 20.000 fr.

la différence comprenant les frais de l'exploitation.

L'ensemble des travaux exécutés dans les divers ateliers d'hommes ou de femmes accuse une valeur globale de 46.400 fr.

Et le bénéfice net est estimé à.................. 25.000 fr.

Les pensionnats ont fourni une recette de 168.000 francs, dont il serait assez délicat de faire ressortir le bénéfice exact.

Dans l'ordre des dépenses, des économies réelles sont imputables au système de gestion de l'Asile St-Luc : ainsi, grâce à l'existence d'un abattoir propre à l'Asile et à l'achat direct par un agent expérimenté sous les ordres de l'Économe des animaux sur pied, la qualité du bétail gras étant dès lors à l'entière discrétion de ce service et toujours irréprochable, 70.000 kil. de viande ont pu être consommés à l'Asile sur cet exercice au prix net de 1 fr. le kil. calculé après abattage.

Le prix du pain sorti des minoterie et boulangerie de l'Asile est revenu à moins de 0 fr. 23 le kilo.

Ce sont là, semble-t-il, les principaux facteurs de l'équilibre financier de cet Asile dont la population totale dépasse 1.060 personnes et qui accusait à la fin de cet exercice :

En recettes.....................	554.782f 54
Et en dépenses..................	539.848 27

*
* *

Personnel Médical, Administratif et de Surveillance.

Le personnel de l'Asile de Pau comprend :

Un Médecin-Directeur ;

Un Médecin-Adjoint ;

Deux Internes en médecine ;

Un Aumônier du culte catholique résident ; les Ministres des autres religions ont la faculté de réunir périodiquement leurs coreligionnaires dans un salon mis à leur disposition ;

Un Receveur ;

Un Économe et deux Commis d'Économat ;

Un Secrétaire de Direction et un Commis de Direction ;

Un Surveillant en Chef de la section des hommes ;

Une Surveillante en Chef (Supérieure des Sœurs), de la section des femmes ;

Un Chef agricole chargé en outre des achats des animaux de boucherie ;

13 Chefs d'ateliers ;

47 Surveillants ou Infirmiers dans la section des hommes ;

17 Sœurs et 41 Infirmières laïques dans la section des femmes ;

Une Maîtresse de musique ;

Écoles d'infirmiers.

Les infirmiers des deux sexes suivent les Cours de l'École professionnelle ouverte à l'Hôpital de Pau.

Des conférences plus spéciales sont également organisées à leur usage par les médecins de l'Établissement.

Recrutement du personnel de surveillance.

Le recrutement du personnel infirmier assure en général de très bons choix dans ce pays de belle éducation morale, où les habitudes alcooliques sont exceptionnelles et le genre de vie très harmonique.

Les appointements des infirmiers et infirmières vont de 250 à 600 fr. pour les infirmiers et de 180 à 400 fr. pour les infirmières.

*
* *

Hygiène et pratiques thérapeutiques.

La majeure partie des aliénés traités dans cet Asile proviennent des Hautes-Pyrénées, des Landes et des Basses-Pyrénées.

Le plus souvent ils ne sont admis que longtemps après le début de leur folie ; aussi les cas curables sont-ils plutôt rares. **Pourcentage des guérisons et améliorations.**

Malgré ces conditions défavorables, la proportion des sorties par guérison ou amélioration notable, a été encore pour les cinq dernières années de 40 °/₀ des entrées.

La mortalité est tombée progressivement de 13 °/₀ qu'elle atteignait jadis, à moins de 5 °/₀. Cette diminution de la mortalité a été en raison directe des améliorations successives introduites dans l'hygiène de St-Luc dont les diverses étapes ont été énoncées ci-dessus. **Taux de la mortalité.**

La pratique des congés de convalescence ou de sorties à titre d'essai est entrée dans les mœurs depuis une dizaine d'années ; fréquemment usitée, elle n'a encore jamais donné de mécomptes. **Congés de convalescence ou d'essai.**

Le no-restraint est en faveur. **No-restraint.**

Sur 900 malades, c'est à peine si une dizaine occupent des chambres d'isolement quand surviennent des crises violentes. Pour tous les autres cas d'excitation, le traitement sédatif par l'emploi du lit ou des bains prolongés, principalement, suffit.

La camisole et les manches de force, les entraves, sont plus que prohibées : elles sont inconnues du personnel depuis une dizaine d'années. Ce n'est pas qu'ici comme ailleurs on ne les ait crues pendant longtemps indispensables. La Direction actuelle trouva, à ses débuts, une quarantaine de camisoles de force dont elle essaya en vain de restreindre l'emploi. Toutes sortes de raisons troublantes, puisées dans la routine ou une imagination apeurée, étaient opposées au désir du Chef de service qui, de guerre lasse, prit la résolution de les faire disparaître toutes irrévocablement en les vendant à d'autres Maisons de santé ou en les détruisant. **Suppression radicale de la camisole de force.**

La chasse fut faite également aux entraves et autres engins bizarres servant à fixer les bras et les jambes. Bref, depuis dix ans, il n'existe plus rien de cet outillage suranné. Bien plus, à partir du jour où fut prise cette mesure radicale et pendant les dix années qui ont suivi, jamais, absolument jamais encore, l'indication d'un quelconque de ces moyens de contrainte n'est apparue pour personne.

L'open-door est absolu pour les travailleurs des champs dont les habitations sont hors des murs et qui se meuvent individuel- **Open-door.**

lement à peu près à leur guise, en dehors des heures de travail.

Les grands payants jouissent d'une liberté encore plus grande. Surveillés ou pas surveillés, suivant les cas, ils ne sont guère présents dans leurs pavillons que pour les heures de traitement, les repas et la nuit.

Encore, pendant la nuit, en est-il un assez grand nombre qui se rendent aux soirées théâtrales de la ville ; du côté des hommes presque tous sont munis de bicyclettes et circulent dans un rayon de 15 à 20 kilomètres.

Isolés ou en groupes ils sont autorisés à faire des absences de plusieurs jours, mais toujours surveillés dans ces circonstances, pour pérégriner dans les Pyrénées, allant parfois de l'Océan à la Méditerranée, ou traversant les monts pour visiter l'Espagne.

Les pensionnaires ordinaires, qui ne peuvent s'offrir un tel luxe, ont un cadre d'excursions plus limité. Mais tous les indigents et indigentes, comme toutes les catégories de pensionnaires, hormis les infirmes et quelques rares agités, sortent périodiquement, soit le dimanche, soit, s'ils ne sont pas travailleurs, les jours ordinaires, par petites escouades dirigées par des infirmiers ou infirmières, pour des promenades en pleine campagne ou sur les avenues de la ville.

Clinothérapie.

Le repos au lit pour le traitement des aliénés a été essayé systématiquement pour toutes les formes de folie curable dès 1898 ; ces expériences ont même fait le sujet d'une thèse inaugurale d'un des internes de cet Établissement [1].

Peu à peu, l'emploi de cette méthode a été restreint aux grands agités pendant les premiers mois de traitement, aux malades d'une constitution affaiblie, aux gâteux et, d'une manière plus générale, à tous les aliénés qui ont une tendance à se déprimer, s'exciter ou s'user par un trop vaste champ d'action ou au contact direct des autres malades. Le grand avantage de ce système est incontestablement l'observation plus attentive de leur état, des soins plus constants, et le ménagement des énergies physiologiques si souvent compromises chez les aliénés.

Plus de 120 aliénés en moyenne profitent, d'après ces indica-

1. — *Essai à l'Asile de Pau du traitement des aliénés par le repos au lit*, par le Dr Clausolles — Toulouse, 1899. Imprimerie A. Trinchant.

tions, de l'alitement, qui est interrompu de deux à quatre heures par jour, suivant les cas, et remplacé par les bains ou par des exercices modérés dans les galeries-promenoirs et dans les préaux.

Traitement méthodique du gâtisme.

Les inconvénients du gâtisme sont corrigés par une méthode inaugurée à St-Luc depuis peu de temps, qui consiste en l'obligation de présenter les malpropres, trois fois par jour sur la chaise percée, et d'aider les évacuations par des lavages rectaux, plus rarement par la sonde uréthrale.

Au chevet du lit de chaque incontinent est fixé un cadran de 24 heures, sur lequel est barré à l'encre rouge le quart d'heure de présentation sur le siège d'aisance. Moyen de contrôle qui permet aux surveillants et au personnel médical de savoir à toute heure si les prescriptions pour la cure du gâtisme sont fidèlement suivies.

L'indication des résultats obtenus est notée sur la feuille d'observation de chaque malade, et les dits résultats sont totalisés à la fin du mois sur un tableau sypnotique jusqu'à guérison.

Rareté des eschares attribué au mode de couchage.

Malgré le nombre relativement élevé de malades qui gardent un décubitus prolongé, les escharres sont tellement rares que des années s'écoulent parfois sans qu'on ait à les constater, et on peut se demander si cette absence d'eschares ne doit pas être attribué au mode de couchage spécial à cet établissement et ignoré peut-être en dehors de cette région.

Il se compose d'une herbe sèche très élastique, moellense en même temps, et difficilement putrescible quoique recueillie dans les terrains marécageux des landes qui entourent la ville de Pau. Les gens du pays la désignent sous le nom de « paillole ». Elle porterait, en langage de botanique le nom de *mollinia cœrula.*

On en remplit la caisse des lits des agités ainsi que des malpropres; pour les autres on en garnit les matelas. Son prix de revient sur place étant peu élevé, tous les matins relève est faite des parties souillées qui sont détruites immédiatement. C'est un couchage très doux, très aéré, ne retenant pas les liquides, et probablement aseptique, par suite de son renouvellement quotidien chez les malpropres et très fréquent partout ailleurs.

Les quelques déchireurs comme on en trouve partout qui, après avoir déchiré chemise, couvertures et draps de lit, seraient ainsi exposés pendant la nuit à se refroidir, se plongent instinc-

tivement dans le centre de cette douce et chaude litière, toujours propre, s'en recouvrent en totalité au point qu'il faut en écarter plusieurs couches pour les y dénicher, et se délectent dans ce milieu qui ne gêne en rien leur respiration.

A ce textile est substitué dans les caisses de lit jusqu'à pleins bords un amas de son[1] qui remplit le même usage mais non aussi bien, s'il survient que des aliénés trop ingénieux, ce qui est arrivé deux fois, s'avisent d'en fabriquer des tresses qui, bien que pareilles suites n'aient jamais été constatées, pourraient favoriser à la rigueur des tentatives de strangulation.

Cube d'air attribué aux aliénés.

Aération des locaux.

Améliorations de l'hygiène de l'habitation.

Rareté des maladies contagieuses et de la tuberculose.

Depuis le désencombrement de l'Asile, l'augmentation du cube d'air des dortoirs (près de 20 mètres pour les valides, de 30 à 50 mètres pour les infirmes et les malpropres), la ventilation énergique de tous les habitats par des ventouses au ras des parquets et des plafonds, et des cabinets d'aisance intérieurs par des cheminées d'appel munies d'un brûleur à gaz, l'installation des crachoirs fixes et portatifs répandus à profusion, le lavage quotidien des sols bitumés et des parquets, le nettoyage humide des murs peints à l'huile ou au ripolin, l'obtention d'une eau irréprochable, et la pratique de l'antisepsie, les maladies épidémiques et contagieuses n'ont plus reparu. Seule la grippe est encore entrée ici pendant ces dernières années ; la tuberculose est devenue très rare alors qu'elle en était le fléau. Si elle y est fatalement introduite par les nouvelles admissions, elle est cantonnée dans les chambres d'isolement et de cure des infirmeries, mais ne paraît plus avoir de foyer dans les quartiers.

Telles sont, *grosso modo,* les particularités du passé et du présent de l'Asile St-Luc présentant quelque intérêt.

* * *

Banquet offert à l'Asile par le Conseil Général des Basses-Pyrénées aux Membres du Congrès.

Quand midi sonna, les Congressistes avaient fait le tour presque complet des quartiers de traitement. Seuls restaient à visiter les services généraux, les services industriels et la colonie agricole.

Mais l'heure du déjeuner offert par le Conseil Général des

1. — Cette garniture serait également employée en quelques contrées de l'Angleterre pour les nourrissons.

Basses-Pyrénées était venue, et de l'infirmerie des femmes où s'arrêta la visite, la longue théorie des Congressistes et des invités du département au total de 148, se dirigea vers la salle de récréations de l'Asile, vierge encore des peintures et des reliefs décoratifs qui devaient la transformer trois mois après en un coquet théâtre. Pour la circonstance, des massifs de palmiers, des fusées de bambous, des bordures de mousse piquées de fleurs, des guirlandes et des suspensions de lierre en paraient la nudité.

Précédée d'un vestibule-vestiaire voûté de bambous verts entrecroisés, elle devait à ce premier écran contre les rayons implacables du soleil et à une série de batteurs d'air électriques un peu de fraîcheur réclamée par les vifs mouvements d'éventail des dames.

Des faisceaux de drapeaux français, russes, belges, suisses, roumains, espagnols, évoquant la nationalité des divers Congressistes fraternisaient sur un portique grec portant au frontispice le mot « Congrès », donnant accès au dit vestibule.

M. Gilbert, Préfet des Basses-Pyrénées, préside le Banquet, ayant en face de lui M. Brissaud, Président du Congrès ; MM. Faisans, maire de Pau ; Drouineau, délégué du Ministre de l'Intérieur ; Cassou, sénateur des Basses-Pyrénées ; le Dr Valery Meunier, Président de la Commission de surveillance de l'Asile ; le Dr Crocq, délégué du gouvernement belge ; le Dr Régis, etc., prennent place à la table présidentielle, ayant à leurs côtés Mmes Brissaud, Drouineau, Faisans, Régis, Girma, etc.

Le repas, servi par M. Viguié, directeur de l'Hôtel de l'Europe, comportait le menu suivant :

CROUTE AU POT
PETITS PATÉS A L'ANCIENNE
SAUMON SAUCE RÉMOULADE
SUPRÊME DE VOLAILLE MONTMORENCY
JAMBON CLAMART SAUCE CHAMPAGNE
HARICOTS VERTS SAUTÉS, BEURRE D'ISIGNY
FILETS DE BŒUF EN BROCHE
SALADE A LA RUSSE
GLACE HENRI IV
PETITS FOURS
DESSERT

VINS :

JURANÇON BLANC 1898
BORDEAUX PONTET-CANET 1893
BORDEAUX CHATEAU MONBRISON 1895

JURANÇON ROUGE 1888
CHAMPAGNE MOET ET CHANDON
CAFÉ - ARMAGNAC VIEUX - LIQUEURS

Quand circulent les premières coupes de champagne, M. le Préfet Gilbert se lève et ouvre la série des toasts par les paroles suivantes :

MESDAMES, MESSIEURS,

Je ne vous surprendrai guère, sans doute, en vous disant qu'au plaisir que j'éprouve de vous souhaiter ici la bienvenue au nom du Département se mêle un réel sentiment de fierté.

Pourrait-on rêver en effet un cadre plus délicieux pour une plus noble et plus aimable compagnie?

Dans son désir de faire un bon accueil à ses illustres visiteurs, Pau, la ville hospitalière, a voulu semble-t-il se faire plus jolie, plus séduisante.

C'est qu'aucun de vous Messieurs, ne lui est inconnu. Bien souvent vous avez, si je puis dire, collaboré ensemble : les efforts de votre pensée bienfaisante, joints aux douceurs de son climat, ont maintes fois triomphé des nervosités les plus exaspérées et des raisons les plus défaillantes.

De ce mystérieux concours est née une sympathie indéfinissable qui rend notre ville toute heureuse de vous avoir pour hôtes et qui vous a sollicités, Messieurs, de venir en plus grand nombre que jamais étudier parmi nous les questions les plus nouvelles, les plus intéressantes de la science aliéniste et neurologique.

De toutes parts vous êtes accourus des Universités, des Tribunaux, des Facultés les plus lointaines.

La Russie, la Belgique, la Suisse, l'Espagne, la Roumanie, la France ont envoyé leurs maîtres les plus autorisés, pour attester dans une incomparable assemblée, la solidarité, je devrais dire la Fraternité des savants entre eux, vous êtes près de 250 au Congrès!

Avais-je raison tout à l'heure de céder, en ma qualité de représentant du Département, à un invincible sentiment d'orgueil?

Mais, comme si dans sa coquetterie, notre pays eut encore voulu mettre quelque raffinement, il a convié à cette table, pour prendre place à nos côtés celles qui, dans leur sourire, expriment toute la grâce et toute la bonté, celles auprès de qui le savant est sûr de trouver sa consolation et son réconfort, celles qui ont été la parure vivante de cette fête.

Vous désignerai-je autrement Mesdames ? Et ne suis-je pas assuré de traduire ici les sentiments de tous, en vous remerciant, sans détours, de votre présence en cet Asile, où peut-être certaines d'entre vous n'ont point pénétré sans émotion, mais qui l'a transformé pour quelques heures en lieu de charme et de gaîté

C'est à vous d'abord, Mesdames, que je lève mon verre et je vous demande de vouloir bien vous associer à moi dans le toast de sincère bienvenue que je porte à tous les membres du XIV[e] Congrès des aliénistes.

A son tour, M. le Dr Valery Meunier, Président de la Commission de surveillance, s'exprime en ces termes :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES ET MESSIEURS,

La Commission de surveillance et l'Administration de l'Asile St-Luc me chargent de vous exprimer toute leur reconnaissance pour la gracieuse visite que vous avez bien voulu leur faire aujourd'hui.

Grâce à votre présence, l'Asile est en fête, et cette journée marquera parmi les meilleures dans ses annales ; elle nous rappelle celle où notre Établissement eut l'insigne honneur de recevoir le Chef de l'Etat, quand le Président Carnot vint faire en 1891, dans la patrie d'Henri IV, ce voyage dont les bons citoyens ont gardé les enseignements et le souvenir.

De pareilles solennités sont une bonne fortune pour un Établissement comme le nôtre ; en voyant comment sont installés, surveillés et soignés les 8 à 900 malades des trois départements qui nous sont confiés, vous leur donnez, ainsi qu'à leurs familles, le plus précieux témoignage d'intérêt qu'ils puissent recevoir. D'autre part, pour un personnel soucieux de la lourde tâche qui lui incombe sans relâche, quelle satisfaction de ne pas être complètement ignoré, de recevoir des encouragements ou des conseils venant de si haut, d'une réunion d'élite unissant la compétence et l'autorité !

Quelle satisfaction aussi de regarder le chemin parcouru depuis 40 ans (cet Asile a été commencé en 1864, occupé en 1868), de récapituler avec vous les difficultés vaincues, les améliorations progressives dans le bien-être, l'hygiène, le traitement des malades et de vous signaler les résultats, très modestes certainement quand il s'agit de guérisons confirmées, mais cependant si dignes d'intérêt maintenant que nous sommes débarrassés du coefficient funèbre des maladies incidentes et que notre chiffre total de mortalité n'est plus que de 5 °/° par an.

M. l'Inspecteur général Drouineau vous rappelait, lors de l'inauguration du Congrès, le puissant intérêt des bonnes relations des Asiles avec les Conseils Généraux ; l'histoire de nos 40 dernières années est là toute entière pour nous. Malgré la bienveillance habituelle des membres de cette Assemblée, malgré la compétence et les efforts des Administrateurs du Département dans cette longue période, nous avons eu souvent de la peine à convaincre de la nécessité des accroissements et des améliorations qui s'imposaient. Heureusement la tâche est aujourd'hui plus facile ; tout le monde a vu et compris ; l'Asile que vous avez visité ce matin n'a coûté au Département que les 300.000 francs versés à l'origine lors de sa création. Depuis cette époque, le Département ne lui a pas donné un centime de subvention et c'est avec les propres ressources de sa gestion que l'Asile est arrivé à son état actuel et à une valeur certainement supérieure à 2 millions.

Pardonnez-moi, Mesdames et Messieurs, ce retour sur votre visite de ce matin ; mon excuse est ma sincérité quand je vous dis que nous conserverons de votre passage un excellent et sympathique souvenir.

Permettez-moi, au nom de l'Administration de l'Asile St-Luc et de la Commission de surveillance, de lever mon verre à la santé des Congressistes du XIV[e] Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, et veuillez vous joindre à moi pour porter la santé de son éminent et sympathique Président, le Professeur Brissaud.

Après ce toast, M. l'Inspecteur général Drouineau, délégué du Ministre de l'Intérieur, prenant à son tour la parole, s'exprime ainsi :

Mesdames,
Messieurs,

Il y a douze ans environ, j'étais chargé d'inspecter l'Asile St-Luc ; je viens aujourd'hui avec vous de parcourir et de visiter l'Établissement et plus que beaucoup d'entre vous peut-être, je puis apprécier combien sont grandes les améliorations apportées, les réformes opérées, non seulement en ce qui touche les pensionnaires, mais aussi pour ce qui regarde les indigents.

Ce résultat, que je suis heureux de constater, ne s'est pas produit sans des efforts sérieux dont beaucoup de personnes sont responsables ; c'est d'abord M. le D[r] Girma, médecin-directeur de l'Asile, auquel je suis heureux de rendre un public hommage de reconnaissance pour le dévouement et le zèle qu'il apporte près de ses malades et de l'initiative intelligente qu'il met à diriger et à améliorer l'Asile ; c'est aussi la Commission de surveillance composée d'hommes dévoués et éclairés parmi lesquels je ne puis oublier M. le D[r] Meunier que j'ai le plaisir de rencontrer souvent dans les Congrès et les Sociétés où se discutent et s'étudient les questions d'assistance ; le Conseil Général qui s'est associé généreusement aux propositions qui lui étaient faites et enfin à l'Administration préfectorale dont on ne saurait oublier l'action directe et prépondérante. De cette collaboration intime, de cette entente est née une situation particulièrement favorable pour l'Asile, puisqu'elle en a fait un des meilleurs de notre pays.

Je ne saurai trouver une occasion meilleure de parler avec quelque liberté des Asiles, puisque dans le département des Basses-Pyrénées on est parfaitement sûr de n'atteindre personne et de n'éveiller aucune susceptibilité, l'Asile et le Département étant mis hors de cause.

Tous vous savez que l'honorable M. Dubief, député, a pris en mains la révision de la loi de 1838 ; il soumet, autant qu'il le peut, à une sorte de discussion préalable dans diverses Sociétés, le projet qu'il a préparé et qui est inscrit à l'ordre du jour de la Chambre. J'ai eu occasion de me rencontrer avec M. Dubief et, dans l'animation de nos discussions,

il lui a paru qu'on attaquait vivement les Conseils Généraux et il a pu penser et dire que c'était du parti-pris. Il y a là un malentendu qu'il faut dissiper, une interprétation fâcheuse qu'il faut détruire.

De parti-pris il n'en saurait y avoir, puisqu'il y a des Conseils Généraux hors de cause et dont on connaît les généreux et philanthropiques sentiments pour les aliénés; mais ce qui importe toujours, en tout temps et en tous lieux, c'est de reconnaître les responsabilités engagées et de rechercher dans quelle mesure elles incombent dans bien des cas aux Conseils Généraux.

Un seul fait en donne la preuve. L'encombrement des Asiles est général; à des degrés divers il existe partout; la faute en est pour la plupart à la façon dont les Conseils Généraux ont compris et accepté leur devoir d'assistance aux aliénés.

Ce devoir était moralement tracé par la loi de 1838; les lois décentralisatrices de 1866 et de 1871 l'ont affaibli en rendant absolument facultatives les obligations des départements. De là est né un système économique qu'ont accepté les Conseils Généraux et qui consiste à payer un prix de journée inférieur au prix de revient et à combler la différence à l'aide de recettes provenant de malades étrangers au Département.

Ce système, plutôt fâcheux, a rendu nécessaire une nombreuse population, le gain sur chaque malade étant en somme minime; il a conduit aux agrandissements successifs, aux constructions onéreuses, aux emprunts, etc... De là est née pour beaucoup une situation mauvaise, embarrassée et contre laquelle l'Administration supérieure est impuissante et qui n'a d'autre remède que la bonne volonté des Conseils Généraux ou la révision des lois actuelles.

Une chose cependant appartient à l'Administration supérieure, c'est de donner aux Asiles un personnel de choix et d'en assurer le recrutement. Cela a été fait et sans compter les hommes de grande valeur qui honorent depuis longtemps le corps médical des Asiles, nous avons la certitude d'avoir, par le concours régional d'abord, puis central, amené dans les Asiles publics ou privés, des médecins instruits, travailleurs, qui seront des médecins traitants et des administrateurs à la hauteur de la tâche difficile qui leur incombe.

J'ai tenu, dans ce Congrès, dans cet Asile irréprochable, hors de cause comme je l'ai dit, à exposer franchement cette situation. Non, je ne combats pas de parti-pris les Conseils Généraux; mais je resterai leur adversaire résolu en présence de leurs défaillances, de leur indifférence pour les besoins de nos malades, là où ils se refusent aux dépenses les plus nécessaires d'entretien, là où ils s'opposent, comme plusieurs d'entre vous pourraient le dire, à l'augmentation du personnel médical, alors qu'un médecin est chargé seul de plus de 6, 7 et 800 malades.

Vis-à-vis des Conseils Généraux, comme auprès de l'Administration supérieure, je demeurerai le défenseur convaincu des médecins d'Asiles, car je sais ce qu'ils valent, les luttes qu'ils subissent, les difficultés

qu'ils ont à vaincre et le mérite qu'ils ont à accomplir toute leur tâche.

Je bois, Messieurs, à la prospérité croissante de l'Asile St-Luc, aux médecins des Asiles.

M. Brissaud, se levant à son tour, « rappelle qu'à la fin du » XVIIIe siècle il était de bon ton pour les dames de la haute » société d'aller voir les fous enchaînés de la Salpêtrière.

» Grâce aux principes humanitaires de la Révolution qui a » donné aux fous la dignité dans le malheur, en leur accordant » les bénéfices de la paix dans l'isolement et le travail, ils ne » sont plus un objet de curiosité malsaine, et les dames qui ont » suivi la visite du matin ont dû être bien déçues si elles s'at- » tendaient aux fortes émotions recherchées par les visiteuses » de jadis.

» L'infortune des aliénés de plus en plus adoucie et respectée » s'abrite aujourd'hui en un cadre riant où rien n'évoque le » sinistre passé.

» Il lève son verre à tous les Administrateurs de l'Asile » St-Luc et au Dr Girma qui depuis longtemps a supprimé la » camisole de force ».

Le toast suivant est porté par M. le Dr Crocq, délégué du Gouvernement belge :

Messieurs,

J'ai, je crois, le privilège, le triste privilège d'être le plus vieux des Congressistes étrangers : belges, suisses, roumains, etc., qui se trouvent à cette salle. Comme tel, je me permets, au nom de mes collègues non français, de remercier le Conseil Général des Basses-Pyrénées et l'Administration de l'Asile, pour la somptueuse réception qu'ils nous offrent.

M. le Maire nous disait, dans son discours d'ouverture, que rien n'était ménagé pour améliorer l'Asile de Pau ; que l'Administration comme la direction médicale si remarquable de M. Girma, cherchaient incessamment à le perfectionner. Nous avons pu nous convaincre que ce but a été atteint et que l'Asile de Pau est un des plus complets, un de ceux qui doivent servir de modèle pour l'assistance des malheureux inconscients que nous traitons.

Ce que nous constatons ici est certainement le résultat des efforts concordants et intelligents de l'Administration et du service médical ; mais c'est surtout, je crois, au fait que l'Asile de Pau a, à sa tête, un Médecin-Directeur que nous devons l'attribuer.

Vous vous rappelez sans doute encore, Messieurs, les doléances d'un

de nos collègues, médecin en chef d'un Asile départemental, qui déplorait son impuissance en présence d'une direction administrative qui contrecarrait tous ses projets.

La comparaison que je fais entre la situation de ce confrère et celle de M. Girma est, pour moi, d'un intérêt tout particulier ; vous savez, sans doute, que, parmi les quarante Asiles et Colonies que compte la Belgique, quatre seulement appartiennent aux autorités et ont à leur tête un Médecin-Directeur. Partout ailleurs, la direction est indépendante du service médical ; les médecins, en nombre insuffisant, ne logent pas à l'établissement et se contentent de faire, le matin, une tournée plus ou moins écourtée suivant les loisirs que leur laisse leur clientèle privée.

Nous luttons, à quelques-uns, contre cet état de choses, nous cherchons à convaincre nos dirigeants de l'urgence qu'il y a à réorganiser l'assistance de nos insensés. Pour ma part, je ne laisse pas échapper l'occasion de démontrer combien le système du Médecin-Directeur l'emporte sur celui des services indépendants : sans cesse, je proclame que les Asiles d'indigents doivent devenir provinciaux et avoir à leur tête un Médecin-Directeur fonctionnaire.

Je trouve ici la preuve éclatante du bien fondé de mes affirmations ; je crois que l'Asile départemental dirigé par un Médecin-Directeur constitue l'idéal vers lequel nous devons tendre et que nous arriverons certainement à réaliser dès que certaines difficultés budgétaires auront été aplanies.

J'admire le résultat obtenu ici ; je suis émerveillé des prodiges que l'Administration est parvenue à réaliser, en constatant qu'avec un capital initial de 300.000 francs, cet Asile s'est agrandi et transformé au point de valoir actuellement plus de deux millions, j'escompte les bénéfices fantastiques que doivent faire les propriétaires de nos Asiles privés qui contiennent plus de huit mille malades, dont la journée d'entretien est de beaucoup supérieure à celle de l'Asile de Pau et qui ne jouissent certes pas d'un confort plus grand ; je songe, malgré moi aux capitaux énormes soustraits aux aliénés et drainés vers des destinations inconnues !

Messieurs, vous avez entendu M. le Maire affirmer que le développement si remarquable de cet Asile est dû, en grande partie, à la direction intelligente et ferme de notre collègue, le D[r] Girma. Vous m'avez entendu faire l'éloge de notre Secrétaire général lors de notre banquet par souscription, permettez-moi de le féliciter encore en sa qualité de Médecin-Directeur de l'Asile de Pau, d'associer à mon toast M[me] Girma, la si gracieuse dame de la maison, et de lever mon verre en l'honneur de M[me] et M. Girma.

M. le Dr Doutrebente, visant le toast de M. le Dr Crocq, s'exprime ainsi :

Mes chers Collègues et Amis,

Nous venons enfin d'entendre parler de nos Asiles dans des termes flatteurs bien faits pour nous procurer quelque satisfaction. C'est un médecin étranger, un habitué de nos Congrès, bien familiarisé avec l'organisation des Asiles français, le Dr Crocq, qui vient de s'exprimer ainsi.

Nous n'étions plus habitués à ce langage, nous autres médecins des Asiles français. On ne nous parlait plus que des Asiles d'aliénés étrangers, tous impeccables; il fallait détruire les Asiles français voués à la fabrication des aliénés chroniques !

Et voilà qu'on nous invite à mieux regarder autour de nous, à constater les progrès réalisés chez nous et les améliorations incontestables obtenues dans nos Asiles départementaux. C'est pour nous un vrai régal et une joie infinie que je suis heureux de vous voir partager.

C'est qu'aussi notre ami et collègue Girma a fort bien fait les choses, il a rajeuni l'Asile de Pau, organisé de nouveaux services et a installé une infirmerie idéale, trop belle à mes yeux, parce qu'elle m'apparaît aujourd'hui peut-être supérieure à celle de Blois. J'avoue un petit accès de jalousie d'auteur qui ne m'empêche point d'adresser à mon collègue les plus sincères félicitations.

Je vous invite tous à porter la santé du Dr Crocq, de Bruxelles, en souvenir de ses bonnes et réconfortantes paroles. *(Triple ban d'applaudissements.)*

M. le Dr Giraud, de Rouen, clôt la série des toasts en joignant ses félicitations à celles que les précédents orateurs ont adressées aux Administrateurs de l'Asile St-Luc et salue en terminant M. Faisans, maire de Pau, qui sut si bien faire les choses dans la magnifique réception qu'il offrit aux Congressistes au Palais d'Hiver.

En sortant du banquet, M. Véran, habile photographe de Pau, prend une photographie collective des Congressistes, à titre de document du XIVe Congrès.

Une salle avait été préparée pour entendre les communications réservées pour l'après-midi de ce jour. Mais voilà qu'une proposition surgit réclamant le plein air pour cette séance.

Quelques instants après, sur les pelouses de St-Luc, à l'ombre des grands arbres, commençait la cinquième séance du Congrès qui ne prenait fin qu'à sept heures, pendant que Mme Girma faisait aux invités les honneurs de sa maison.

Excursion à Lourdes

(JEUDI 4 AOUT)

Lourdes n'attire pas que des croyants. Le pittoresque de son site n'est pas étranger à l'affluence extraordinaire de ses visiteurs et la curiosité du psychologue peut encore trouver à se satisfaire au spectacle des foules qui évoluent autour de la grotte de Massabielle. Pour ces motifs une visite à ce pèlerinage fameux, qui n'est séparé de Pau que par un trajet de moins d'une heure en chemin de fer, avait été comprise par les organisateurs dans le programme des excursions.

Le départ de Pau eut lieu à 9 heures du matin. Arrivés à Lourdes avant 10 heures, les Congressistes se dispersent à leur guise du côté de la basilique ou dans la ville pour se retrouver bien exactement à midi au sommet du Pic du Grand-Ger, à l'altitude de 1.000 mètres, escaladé presque verticalement par un funiculaire qui, élevant lentement les Congressistes, leur permet de contempler à loisir, au-dessous d'eux, le panorama de Lourdes, les méandres du Gave dans la vallée d'Argelès et les vastes plaines de Bigorre et du Béarn, barrées au Sud par les hautes cimes des montagnes émergeant des nuages.

Après avoir quitté le funiculaire, les Congressistes franchissent quelques escarpements qui les séparent de l'Observatoire qui domine le Pic, et après un dernier regard sur le paysage encore plus étendu vu de ce poste, s'acheminent vers le restaurant voisin dissimulé dans un pli de la crête, où les attend le menu suivant :

POTAGE IMPÉRIALE
HORS D'ŒUVRE
TÊTE DE VEAU SAUCE TORTUE
PETITS POIS A LA FRANÇAISE
GALANTINE DE VOLAILLE A LA GELÉE
GIGOT DE PRÉ SALÉ A LA BROCRE
PUDDING
DESSERTS ASSORTIS

VINS
MÉDOC - CHAMPAGNE
CAFÉ - COGNAC

Au champagne, M. Arnaud, vice-président, lève son verre aux organisateurs du Congrès. M. Larrivé, de Meyzieu (Isère), porte un toast à M. Béni, le directeur du funiculaire, qui avait facilité l'ascension du Pic, vaincu les difficultés d'assurer un banquet confortable à tant d'invités, et prêté complaisamment une salle pour la séance des communications.

Il associe à son toast le personnel de l'Asile : Économe, Secrétaire et Commis de Direction dont le concours aimable a contribué au succès du Congrès.

Après la séance de communications qui suivit le déjeuner, descente sur Lourdes en funiculaire.

Ceux qu'intéressaient l'illumination de la basilique et les processions aux flambeaux des pèlerins purent jouir de ce spectacle avant de prendre le dernier train se dirigeant vers Pau. Les autres étaient de retour au siège du Congrès avant 6 heures.

Réception du Congrès par la Société Médicale de Pau.

(SOIRÉE DU 5 AOUT)

Immédiatement après la séance de projections, la Société Médicale de Pau offrait une soirée aux Congressistes dans les salons du restaurant du Palais d'Hiver.

Soirée sans bruit, comme une soirée de famille, consacrée aux causeries amicales.

M. le Dr Lafont, président de la Société Médicale, dont la mort survenue quelques mois plus tard devait causer dans la ville la plus vive émotion et y laisser des regrets unanimes, sut dire, en termes choisis et avec l'accent d'une sincère cordialité, combien les médecins de Pau étaient heureux de fraterniser avec les savants réunis à ce Congrès, dont ils avaient suivi avec le plus vif intérêt les magistrales discussions. Il termine son improvisation, vivement applaudie, en portant un toast à l'éminent professeur Brissaud, président du Congrès, et aux dames Congressistes.

M. Brissaud remercie M. le Dr Lafont et la Société Médicale de Pau, dont il fait partie depuis sa fondation, de l'accueil fait au Congrès.

Partisan de la décentralisation scientifique, il dit que Pau, qui fut une Université, qui posséda un Parlement et fut une capitale, constitue encore un milieu qui se prête admirablement à cette décentralisation par suite du nombre et de la réputation de ses médecins.

Il lève son verre à la Société Médicale de Pau et à son très distingué Président.

La soirée se termina vers minuit.

Déjeuner d'Izeste offert aux Congressistes par M. le Président Brissaud.

(6 AOUT)

Un pont à traverser sur le Gave d'Ossau, et de l'Hôtel de Ville de Louvie où venaient de prendre fin les travaux du Congrès, les Congressistes prenaient place, en un tumulte joyeux autour de petites tables, dressées au bord de l'eau, sous de grands arbres qui font de ce coin d'Izeste un paysage plein de fraîcheur, où s'arrêtaient invariablement jadis, avant l'introduction de la voie ferrée tous les excursionnistes de cette partie des Pyrénées, tous ceux qui montaient aux Eaux-Bonnes ou aux Eaux-Chaudes.

C'est à quelques pas plus loin que naquit de Bordeu dont la maison reçut ce jour-là la visite de plusieurs Congressistes.

M. Brissaud s'était reposé plusieurs fois en cet endroit quand il parcourait la montagne en ses vacances d'étudiant, et le souvenir plein de charme qu'il en avait conservé le lui avait fait choisir pour y réunir ses invités.

L'air pur et frais de la vallée avait dû surexciter l'appétit, car l'apparition d'une théorie de maîtres d'hôtel chargés de plateaux fumants, sortant de l'Hôtel des Pyrénées, fut saluée de marques explosives de satisfaction et bientôt le bruit des fourchettes faisait taire le gave habitué à jacasser dans sa solitude.

Quand on eut déjeuné et bien déjeuné, M. le Professeur Brissaud, ayant en mains un verre de ce vieux Jurançon doré dont s'était fortifiée l'enfance d'Henri IV, se lève et remercie les trois rapporteurs du Congrès MM. Deny, Sano et Kéraval, de l'éclat donné par leurs travaux si remarquables à la XIV[e] session des Médecins aliénistes et neurologistes. Il remercie encore le D[r] Girma, l'organisateur de ce Congrès, et boit à tous ses collaborateurs, aux organisateurs du prochain Congrès de Rennes et à son succès.

M. Poeyarré, maire d'Izeste qui, avec M. Camps, maire de Louvie et M. Abbadie-Tourné, maire d'Eaux-Bonnes, avaient été invités à la table d'honneur, remercie M. Brissaud d'avoir voulu que le village où naquit de Bordeu reçut la visite d'un Congrès de neurologistes. « Il est facile dit-il, de trouver en ces montagnes le bloc de marbre dans lequel on pourrait tailler des statues, mais plus difficile d'en faire sortir la statue de Bordeu. » Il fait des vœux pour que de Bordeu ait un jour la sienne et boit à M. le Professeur Brissaud.

Au nom de la Société médicale de Pau, M. le D[r] Monod prononce le toast suivant :

MESSIEURS,

Au moment où vous quittez Pau, après une semaine de séjour savamment et agréablement partagée entre le travail et le plaisir — plaisir des yeux, des cœurs (et pourquoi ne pas le dire?)... des estomacs — permettez-moi de prendre congé de vous, au nom de vos confrères palois, et de vous remercier d'avoir choisi Pau pour siège de ces brillantes assises scientifiques, dont l'éclat retentit déjà au loin en France et bientôt, par la voie de la presse, retentira dans le monde entier.

Et, comme il est toujours triste d'avoir à se dire adieu, laissez-moi atténuer la mélancolie de la séparation en vous assignant à tous de nouveaux rendez-vous en Béarn, dans de futurs Congrès ou lors d'excursions isolées dans nos Pyrénées.

Mon ami Brissaud me permettra de le remercier tout spécialement de sa réception cordiale et charmante de ce jour dans la riante vallée d'Ossau et de lui rappeler un souvenir qui remonte — malheureusement pour tous deux — à une époque bien lointaine, à un passé de plus de trente ans : je fais allusion à ce voyage pédestre que nous fîmes aux Pyrénées avec quelques autres bons amis, presque au début de nos études médicales. Partis de Guéthary, en traversant Orthez et Pau, nous passâmes à Izeste, en route pour Panticosa, et fîmes halte pour nous rafraîchir sous ces mêmes ombrages au bord du gave, à ce même

Hôtel des Pyrénées qui nous reçoit somptueusement aujourd'hui — nous doutant peu que nous nous y retrouverions, trente-deux ans plus tard, lui maître de la science, professeur à la Faculté de Paris, président du XIV[e] Congrès des Aliénistes et Neurologistes, moi modeste praticien de province et le plus humble des Congressistes — mais, en dépit de l'abîme scientifique qui nous sépare, heureux d'y fraterniser en face du Pic d'Ossau, et liés par la même intimité qui unissait les étudiants de 1872 !

Mesdames, Messieurs, je bois au retour de nos hôtes d'août 1904 en Béarn ; je bois à la santé du Professeur Brissaud et de M[me] Brissaud, car aucun des convives ici présents ne me pardonnerait de séparer de lui, dans ce toast, sa digne et vaillante compagne qui, d'un bout à l'autre du Congrès, nous a tenus sous le charme de sa parole aimable et de son gracieux accueil.

M. GIRAUD, *de Rouen,* Président du XV[e] Congrès de Rennes, remercie la presse locale et tout particulièrement l'*Indépendant* qui a donné dans ses colonnes une si large place aux travaux du Congrès.

M. ERNEST DUPRÉ, *de Paris,* improvise en vers le toast suivant :

Président qu'on acclame et Maître qu'on adore,
Béarnais de Paris et parisien de Pau,
Des deux nobles cités enfant plus noble encore
Et, sous des cieux divers, soldat d'un seul drapeau.

Accepte par ma voix le solennel hommage
D'un Congrès qui vécut, et meurt en volupté,
Parce que tu le fis, Brissaud, à ton image
Et qu'il fut, comme toi, Travail, Joie et Santé !

Joie et Santé ! L'écho prochain des Pyrénées
Répète en ces trois mots nos vœux les plus sacrés,
Dans un concert mystique où se sont combinées
Les voix de la Nature et celles du Congrès !

Quel que soit le pays que ton civisme honore,
Quel que soit le sol où tu plantes ton drapeau,
Béarnais de Paris et parisien de Pau,
Tu resteras toujours le Maître qu'on adore !

M. GIRMA dit que les louanges réitérées que lui ont valu ses fonctions de Secrétaire général il sait ne les devoir qu'à l'amabilité d'un Président qui est la bienveillance même et à l'indulgence excessive des maîtres et des collègues qui l'entourent.

Mais il faut, ajoute-t-il, que l'on sache que toutes les bonnes pensées qui ont pu être réalisées dans le programme de ce

Congrès lui ont été inspirées par des initiateurs : MM. Crocq, Régis, Meige et Henry Meunier pour qui les détails d'organisation sont un jeu facile ; que dans son exécution matérielle il a trouvé des collaborateurs en MM. Lescamela, économe de l'Asile, Cabiran et Lacoste, secrétaire et commis de direction de ce même établissement, qui lui ont prêté à tout instant un concours précieux et dévoué.

Il lève son verre à tous ceux dont les lumières et la bonne volonté ont facilité sa tâche, et boit, en terminant son allocution, à M. le Président Brissaud dont il a été si heureux d'être le modeste collaborateur et à Mme Brissaud.

Prié par les représentants de la presse médicale de parler en leur nom M. Tissié remercie M. Brissaud des fortes émotions scientifiques qu'il a procurées à tous ceux qui cherchent la vérité et salue le maître éminent, le savant neurologiste, l'historien érudit, l'artiste délicat qu'est M. Brissaud.

Après cette série de toasts suivis de longs applaudissements, les Congressistes prennent le train pour Laruns où ils arrivent à 4 h. après un quart d'heure de trajet.

C'est dès lors dans les montagnes que les excursions vont se poursuivre.

Excursion à Eaux-Chaudes et Eaux-Bonnes.

(APRÈS-MIDI DU 6 AOUT)

D'Izeste à Laruns, point terminus du chemin de fer de la vallée d'Ossau, le trajet est de quelques minutes à peine mais ne laisse pas d'impressionner le voyageur par la diversité de ses paysages et l'altitude des montagnes qui commencent à devenir imposantes.

A Laruns, toutes les voitures réquisitionnées suffisent tout juste pour enlever au trot des chevaux tarbais le bloc des Congressistes qui ne devait plus se laisser entamer avant la dislocation générale.

La caravane s'engage dans les gorges du Hourat qui enthousiasment ceux qui les voyaient pour la première fois. A Eaux-

Chaudes, visite de l'Établissement thermal, du Pont d'Enfer et, à 5 heures, les voitures redescendaient le gave du Hourat et remontaient vers Eaux-Bonnes par une route en lacets, bordée d'arbres encore en fleurs entre lesquels sont ménagées de jolies échappées sur la ville de Laruns et la longue et étroite vallée d'Ossau.

A Eaux-Bonnes, on se répand sur les belles promenades de cette célèbre ville d'eaux, on visite l'Établissement thermal et, vers 9 heures, les Congressistes ont à peine eu le temps de dîner que le bruit des bombes tirées sur la Promenade Horizontale les appelle à la soirée que la Municipalité avait organisée en leur honneur au Casino.

M. Abbadie-Tourné, maire d'Eaux-Bonnes et collègue de M. Brissaud au Conseil Général, qui était venu jusqu'à Izeste à la rencontre du Congrès, accueillait ses hôtes, assisté du Comité des Fêtes, avec cette grâce aisée qui est un don du Béarn ; et, oubliant leurs fatigues, oubliant même que la diane sonnerait pour eux avant 5 heures du matin, nombreux furent encore les Congressistes qui se laissèrent aller aux tentations d'un bal qu'égayaient les plus jolies toilettes.

Traversée d'Eaux-Bonnes à Argelès par le Col d'Aubisque.

(MATINÉE DU 7 AOUT)

Le parcours d'Eaux-Bonnes à Argelès à travers les montagnes est de 40 kilomètres et il s'agissait de s'élever en voiture ou en automobile à une altitude de près de 1700 mètres.

D'après les calculs, le départ des voitures devait commencer à 5 heures du matin afin d'assurer l'arrivée à Argelès vers midi et de ne pas être trop relancées en route par les automobiles dont le départ avait été fixé par prudence à trois heures plus tard, soit à 8 heures.

Mais, hélas ! il y avait eu un peu de surmenage les jours pré-

cédents et il faisait bon dormir dans les hôtelleries de la fraîche station.

Il était près de 6 heures quand démarrèrent les premières voitures. Peu à peu toutes se mirent en marche, suivies de près par les automobiles qui s'ébranlèrent un peu avant 8 heures.

Une seule de ces dernières manqua à l'appel par suite d'une avarie survenue dans le trajet de Pau à Eaux-Bonnes. Ce fut le seul mécompte à enregistrer.

Par une dure montée, on atteignit la promenade de l'Impératrice. Ce fut alors une fraîche et riante course sous la forêt de hêtres aux contorsions fantastiques ; on passe le torrent du Valentin, on se montre la haute Cascade du Serpent descendant des pics au-dessus desquels on doit s'élever. A la forêt des hêtres succèdent les sapins d'une verdure sombre à travers lesquels la route est tracée en lacets rapides.

Une pauvre cantine, la seule habitation qu'on doit rencontrer avant d'arriver à Arrens, plutôt faite pour des pâtres que pour des touristes, est prise d'assaut par les Congressistes qui, surpris par la froidure du matin, se sentaient un appétit que les organisateurs n'avaient pas prévu. On se passe les miches de pain dur, on se partage quelques provisions de lait et de vin ; des œufs ayant été découverts, des confrères s'improvisant cuisiniers, les font frire prestement et les gobent de même.

A quelques pas de cette cabane, le paysage devient plus dénudé et aussi plus grandiose. On monte dans un cirque dominé par des masses écrasantes.

A droite, c'est l'énorme pic de Ger, puis le pène Médéa, le pène Sarrière, plus au Sud la cime aiguë de l'Ar Sourins, qui ferme dans le lointain la vallée d'Anglas. En face se profile la Latte de Baren aux contours déchiquetés. En arrière, comme au fond d'un abîme, on entrevoit toutes petites les maisons d'Eaux-Bonnes et, au débouché de la route de l'Impératrice, quelques points noirs qui ne sont autres que les automobiles qui commencent l'ascension.

Les voitures ne vont pas vite sur ces pentes rapides ; aussi quelques Congressistes que gagne la griserie des montagnes se risquent-ils à pied, coupant les lacets à travers les pelouses ou les escarpements de la montagne.

Au col d'Aubisque, tout le monde fait halte pour admirer à

l'aise l'immense panorama qui se déroule sous un ciel pur jusqu'aux dernières limites de l'horizon.

Au Nord, c'est le petit Lauriole et le Cinq-Monts ; à l'Ouest, le Cesques ; plus près, l'énorme Ger ; au Sud, les Taillades et la pointe du Gabizos, la Latte de Baren et le pic du Midi d'Arrens ; à l'Est, le Monné de Cauterets, les montagnes de Barèges et, dans le lointain, le pic du Midi de Bigorre ; tout près, le Granquet, point culminant de la chaîne qui sépare le bassin de Lourdes de la vallée d'Argelès, et çà et là, dans les crevasses des montagnes, la blancheur des neiges éternelles. De loin en loin on aperçoit, dans ces solitudes, des troupeaux épars de brebis et de vaches escaladant les pentes ou réunies au sommet de quelque piton dénudé.

La descente est encore plus impressionnante que la montée. La route serpente sur les flancs schisteux du Gabizos, parfois taillée dans les rocs dominant des précipices de plusieurs centaines de mètres de hauteur. On dévale ainsi à une allure prudente jusqu'au village d'Arrens, où commence une plaine qui, au milieu des prairies débouche à Argelès où les plus retardataires arrivent à une heure après-midi.

Déjeuner offert au Congrès par l'Institut de thérapeutique physique. — Visite des Établissements de la Station d'Argelès.

(APRÈS-MIDI DU 7 AOUT)

M. Hébrard, directeur du *Temps,* M. Bouffard, préfet des Hautes-Pyrénées, MM. les Administrateurs généraux de l'Institut de Thérapeutique physique, les Drs Descamps et Judet, médecins de ces établissements, attendaient les Congressistes, à l'entrée de l'Hôtel du Parc, remarquable par son confort et sa belle tenue, qui avait été mis gracieusement à la disposition du Congrès.

Quand les 140 ou 150 convives qui avaient répondu à l'invitation de l'Institut d'Argelès eurent pris place autour d'une table

admirablement servie, dressée dans le parc à l'ombre pleine de fraîcheur d'une voûte d'arbres impénétrable au soleil, M. René Dubois, président du Conseil d'Administration de la Société de l'Institut souhaite la bienvenue aux Congressistes et offre là présidence du banquet à M. le Professeur Brissaud, qui a à sa droite M. Bouffard, préfet du département des Hautes-Pyrénées, et à sa gauche M. Drouineau, inspecteur général des Services administratifs.

Avant de se séparer, M. le Professeur Brissaud, au nom du Congrès, dans une allocution pleine de chaleur et de verve, remercie la Société de l'Institut de l'accueil qui lui est fait. Il rappelle aux Congressistes les merveilles du pays qu'ils viennent de traverser et notamment de cette admirable et légendaire vallée d'Argelès. « Aussi, s'écrie-t-il, pourquoi la mode et le » snobisme font-ils ordonner à leurs malades par les médecins » français, tous les « baden » d'Allemagne et d'Autriche quand » ils ont en France ce décor et ce climat incomparables de la » vallée d'Argelès et un établissement qui peut rivaliser avec » les mieux installés de l'étranger ? »

Ensuite, M. Adrien Hébrard, directeur du *Temps,* se lève et, après avoir témoigné toute sa gratitude à M. le Professeur Brissaud pour les excellentes paroles qu'il vient de prononcer, il met sous la protection des dames présentes, femmes et filles de médecins et souvent leurs aides et leurs collaboratrices dévouées, l'Institut d'Argelès, certain qu'entre leurs mains son avenir sera prospère.

Cette charmante improvisation est suivie d'un discours de M. Bouffard, Préfet des Hautes-Pyrénées qui, après avoir constaté toutes les chances de succès de cet Institut naissant, demande au corps médical de le prendre sous son patronage.

On visite ensuite l'Institut sous la conduite de distingués confrères, M. le docteur Descamps, qui dirige la section des maladies nerveuses, et M. le docteur Judet, ancien interne des hôpitaux de Paris, chargé de la section d'orthopédie, puis les maisons de santé dont l'une est affectée aux maladies nerveuses et l'autre à la clinique d'orthopédie.

L'Institut, très bien organisé, comprend différents modes de traitement. Un pavillon est occupé par la mécanothérapie ; là se trouvent réunis, en outre des machines articulaires, des appa-

reils spéciaux pour le traitement des déviations vertébrales, des appareils de mensuration, une salle de moulage et d'appareils plâtrés. Le pavillon central comporte une installation très complète d'hydrothérapie. Un troisième pavillon est occupé par l'électrothérapie, avec salle spéciale pour la radiographie et la radioscopie.

Les sources qui alimentent l'Établissement thermal, situé dans ce même parc à quelques mètres de l'Institut, fournissent des eaux sulfurées sodiques froides.

L'impression remportée par le Congrès de la visite de ces Établissements fut en tous points excellente.

Des plus agréables aussi restera le souvenir de cette réception si large et si cordiale organisée avec tant de succès par M. Laprade, le distingué et sympathique ingénieur de l'Institut.

*
* *

Ainsi finit ce Congrès dont le succès accusé par le nombre inespéré, les titres des adhérents et l'importance de leurs travaux dépassa les attentes les plus optimistes sans surprendre toutefois ceux qui connaissent de longue date le prestige exercé par M. le Professeur Brissaud.

*
* *

Des renseignements avaient été recueillis pour faciliter, après l'exécution du programme officiel, les excursions isolées dans les Pyrénées et sur les côtes de Biscaye ; et pendant plus d'une semaine encore on rencontrait des Congressistes depuis le Cirque de Gavarnie et les cimes du Vignemale jusqu'aux plages de Biarritz et Saint-Sébastien.

Plusieurs exprimèrent le regret, à soumettre à l'initiative des organisateurs des futures réunions, que la durée de validité des billets de chemins de fer ne pût être prolongée au-delà de la quinzaine consentie jusqu'à ce jour par les Compagnies.

TABLE DES MATIÈRES DES VOLUMES I & II

VOLUME I. — Rapports *in extenso.*

VOLUME II. — Comptes-Rendus.

PREMIÈRE PARTIE

DEUXIÈME PARTIE

